

Classificação de diagnósticos e procedimentos no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia

Ano 2009/2010

Administração Central

ACSS

do Sistema de Saúde



Introdução	3
Episódio de SIGIC.....	3
Composição	3
A classificação de diagnósticos e procedimentos como ferramenta instrumental do SIGIC	5
Determinação de GDH no âmbito do SIGIC.....	8
Modificação de GDH durante um episódio de SIGIC	12
Regras genéricas para a determinação de procedimentos múltiplos.	13
São procedimentos cirúrgicos múltiplos independentes	13
Não podem ser considerados independentes	166
O Caso particular dos procedimentos cirúrgicos em patologia oncológica	18
Anexos	19
Anexo 1 Manual SIGIC vf3.doc	19
Anexo 2 - Despacho 24036/2004 de 22 de Novembro -Tabela de Preços do SIGIC.....	20
Anexo 3 - Portaria 45/2008 de 15 de Janeiro	21
Anexo 4 – Linha directa nº 9 de 2005.....	22
Anexo 5 - Conceitos INE:	24
Anexo 7.....	29

Introdução

O Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC) comporta uma metodologia transversal ao Ministério da Saúde, em particular ACSS, ARS e Hospitais públicos e convencionados. Esta metodologia, concebida na lógica do acesso do cidadão aos serviços de saúde, centra-se no processo do Utente nas suas diversas interacções directas e indirectas com os prestadores de cuidados e organismos reguladores, analisa e avalia o impacto destas interacções, corrige ou propõe correcções nos desvios às normas, sustenta uma plataforma de conhecimento multifacetada de cariz abrangente.

A plataforma de conhecimento, como garante de transparência e base de processo de gestão e de decisão, tem como sustentáculo uma semântica, sistema de classificação e fluxos normativos homogêneos em toda a rede do sistema de informação que sustenta a plataforma.

A homogeneização de conceitos e processos é progressiva visando uma equidade crescente no tratamento dos casos e consequentemente na qualidade da informação. Neste contexto importa agora especificar com maior detalhe aspectos da classificação de diagnósticos e procedimentos no SIGIC.

Episódio de SIGIC

Composição

O episódio SIGIC corresponde a um período temporal e aos acontecimentos e informações relativos a um problema identificado aquando da referenciação inicial para o hospital para o qual se efectuou uma proposta de prestação de serviços que vise resolver o problema. Não se confunde pois com o episódio de internamento. Inclui todos os eventos e documentos associados ao episódio nomeadamente consultas, MCDT, cirurgias em regime de internamento e cirurgias de ambulatório.

Um episódio em SIGIC inicia-se com a inscrição do utente na lista de inscritos em cirurgia (LIC) através duma proposta cirúrgica consentida pelo utente e validada pelo hospital – incorpora todas as consultas hospitalares prévias à proposta respeitantes à abordagem do problema referenciado nesta, incorpora ainda todos os eventos relacionados subsequentes — consultas, MCDT, internamentos —, a cirurgia e respectivo internamento caso exista e os eventos pós-cirúrgicos até à conclusão que ocorre após término dos serviços associados ao plano terapêutico

estabelecido ou após vencidos os prazos regulamentares – presentemente, nas situações gerais 2 meses após alta hospitalar após cirurgia ou, no caso da cirurgia bariátrica, 3 anos após cirurgia — ou ainda à data do cancelamento.

Considera-se que um episódio de SIGIC é composto pelos seguintes elementos, que devem obrigatoriamente ser arquivados desta forma no processo clínico:

Secção 1 – Fase de Proposta – Composta pelas consultas prévias à proposta cirúrgica. Esta fase deverá conter os elementos (clínicos e meios complementares de diagnóstico, incluindo a rotina pré-operatória de acordo com a portaria nº852/2009 anexo I, art. 10 alínea 11) que permitiram elaborar a proposta cirúrgica, o consentimento informado e a proposta cirúrgica.

Secção 2 – Fase de Execução – Composta pelas consultas prévias ao acto, protocolo operatório (contendo: identificação da equipa, diagnóstico, descrição completa do procedimento - nome da técnica ou descrição -, descrição detalhada da anestesia efectuada, incluindo tipo (local, troncular, geral, ...) e a classificação ASA sendo no caso de colocação de prótese necessário registar todos os dados relacionados), complicações, diário clínico, terapêutica e folha de alta (contendo resumo internamento, diagnósticos, procedimentos, terapêutica a efectuar, destino após alta e seguimento).

Secção 3 – Fase de Conclusão – Composta pelo relatório anatomopatológico se indicado, consultas de seguimento após terapêutica cirúrgica e alta hospitalar e folha de conclusão (a classificação final será efectuada por um médico codificador com formação específica em classificação de episódios SIGIC, que deverá conhecer os códigos da CID-9-MC e vir identificado na folha de conclusão).

As folhas no processo deverão estar identificadas de forma inequívoca e numeradas, os segmentos de informação nelas constantes devem estar datados (com data e hora) identificado o autor com nome em letra de imprensa e número de ordem profissional ou número mecanográfico institucional e aposta assinatura válida.

Um internamento pode incorporar mais do que um episódio SIGIC se no mesmo internamento forem resolvidas duas ou mais situações, em períodos temporais distintos não contíguos, desde que para as quais existissem propostas. Se num evento cirúrgico único se resolverem duas ou mais propostas cirúrgicas um dos episódios será cancelado com indicação do motivo – resolvido no âmbito de um outro episódio e o outro será realizado (registando-se a cirurgia) e concluído. Se a cirurgia associada a uma proposta não resolver parte das necessidades e estas mantiverem a sua pertinência será sem mais formalismos elaborada nova proposta,

com a data inicial de inclusão, para que se possam concluir os procedimentos previstos.

A classificação de diagnósticos e procedimentos como ferramenta instrumental do SIGIC

Para a prossecução dos seus objectivos o SIGIC utiliza diversas ferramentas que adapta às suas necessidades. Uma das ferramentas utilizadas é a tabela de códigos ICD-9-CM, para classificação de diagnósticos e procedimentos. No âmbito do SIGIC esta tabela é utilizada em diversas ocasiões e com propósitos diferentes, designadamente, i) no registo de documentos relativos à interacção entre o clínico e o utente, em particular na consulta aonde é elaborada a proposta cirúrgica, ii) no registo da cirurgia, iii) nos registos relativos ao internamento e iv) na conclusão do processo que ocorre no momento em que estão reunidas as informações relativas ao internamento e aos resultados dos exames e corresponde ao resumo instruído do processo terapêutico e seus resultados.



Processo de aquisição da informação

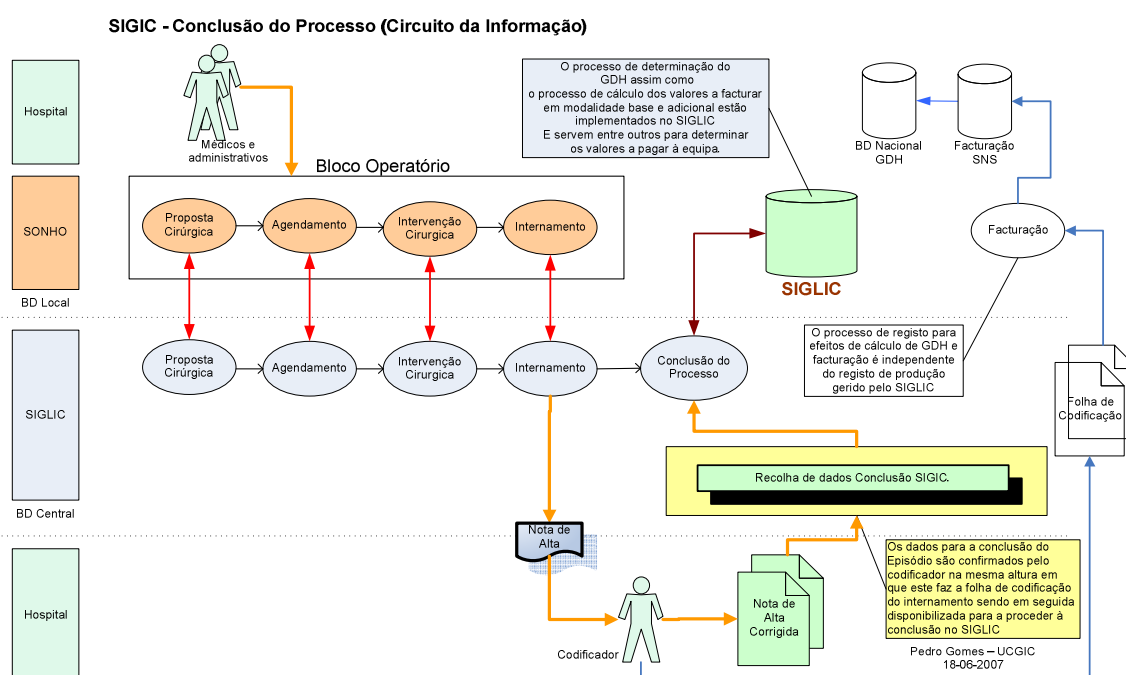


Figura 1— Processo de aquisição da informação

As versões dos sistemas de classificação - a tabela de preços do SIGIC e normas

subjacentes em vigor constantes da portaria 852/2009 de 7 de Agosto, o ICD-9-CM versão de 2004 ou posteriores e o agrupador para geração de GDH, All Patient DRG - versão 21 - são de utilização obrigatória para efeitos de cálculo de valores a facturar em entidades convencionadas e para efeitos de apuramento de valores a pagar às equipas em hospitais públicos.

O Sistema Informático de Gestão de Listas de Inscritos em Cirurgia (SIGLIC) possibilita a execução de mapeamentos de forma a flexibilizar a utilização de versões posteriores do sistema de codificação ICD-9-MC, podendo dessa forma o hospital utilizar o sistema de classificação que pretender desde que o mapeie com a versão ICD-9-MC em vigor (deverá preferencialmente ser utilizada a última versão do ICD-9-MC).

Nestes documentos o objectivo da classificação dos diagnósticos e procedimentos é essencialmente o de obter um registo sumariado e normalizado dos problemas do utente relevantes no evento, da proposta e terapêutica subjacente. Trata-se pois da mais fiel possível transcrição do pensamento do clínico que interagiu com o utente. Cada problema que o clínico considere individual deve, para além de o descrever da forma que lhe é habitual caracterizando-o com o detalhe necessário à sua cabal compreensão, sintetizá-lo através da utilização de um código ICD-9-CM, podendo, no caso de ser pertinente, complementá-lo com outros códigos associados (os códigos não podem ser colocados isoladamente, é essencial que além destes exista uma descrição completa do diagnóstico e do procedimento – não se considera válido que seja apenas colocada a designação textual do código) - Exemplo: Descrição — Carcinoma pavimento celular da pele da face na região malar à direita ulcerado com diâmetro máximo de 20 mm, sem adenopatias regionais palpáveis; Código — 173.3. Em relação ao problema ou aos problemas identificados o clínico associa a proposta terapêutica, sintetizando-a também através de um ou mais códigos ICD-9-CM. Neste contexto não se impõe qualquer restrição ou orientação que não seja a utilização do código que mais apropriadamente traduza o pensamento clínico. Decorre do anteriormente exposto que o clínico é livre de registar os códigos que entender de forma repetida se necessário desde que se adequem à situação do Utente.

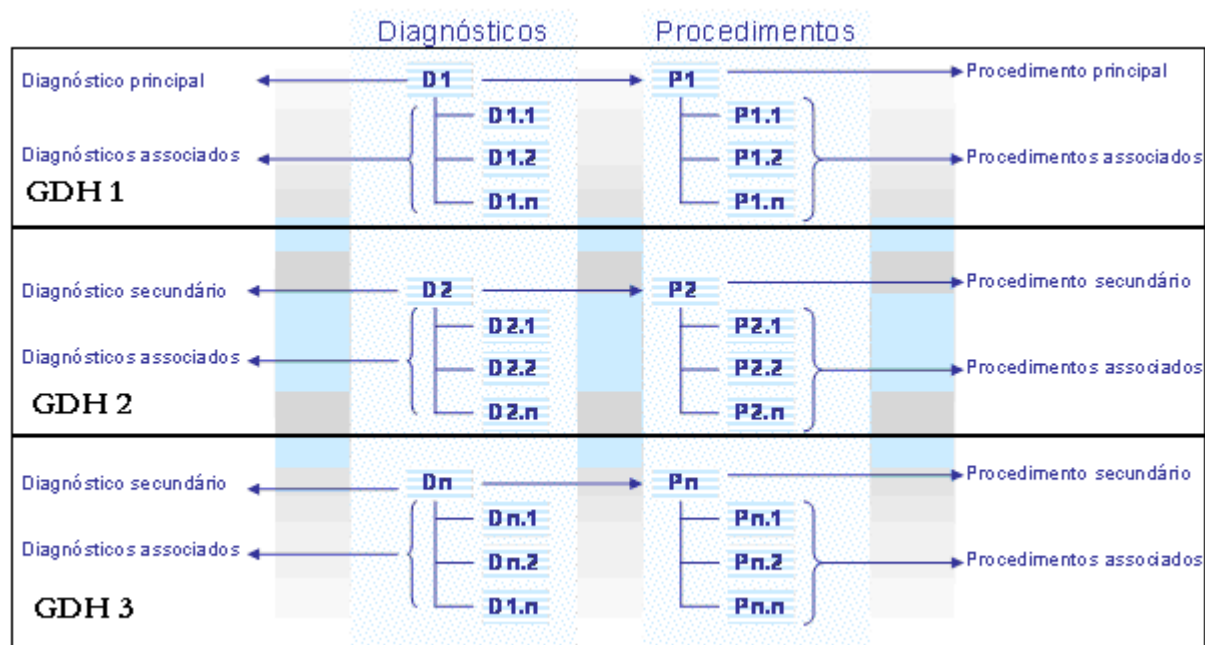
No âmbito do SIGIC são objecto de registo e consequentemente de classificação todos os eventos relativos à actividade cirúrgica nos hospitais, nos termos do regulamento em vigor. Será apenas considerado como actividade cirúrgica nas categorias que estão incluídas no SIGIC a actividade registada no SIGLIC.

O Hospital é responsável pelo correcto preenchimento dos documentos. A UCGIC recomenda que os mesmos sejam elaborados pelos clínicos responsáveis pelos

respectivos documentos e que a classificação seja efectuada pelos próprios com a ajuda quando necessário de um médico codificador que se responsabilizará pela sua revisão.

A disponibilidade de documentos em que procedimentos e diagnósticos estão classificados permite a sua gestão automatizada. Fornece aos vários interlocutores do sistema a informação necessária para gerir episódios particulares, serviços, hospitais, regiões ou mesmo o país, nas vertentes a que se propõem. Permite ainda o conhecimento integrado da procura e oferta de cuidados possibilitando a divulgação deste conhecimento e o planeamento a diversos níveis.

A estrutura de classificação de diagnósticos e procedimentos é a que se apresenta no seguinte quadro:



No SIGIC os diagnósticos e respectiva codificação são entendidos de forma abrangente e representam a definição de problemas relacionados com a saúde, no seu sentido lato, de casos clínicos concretos concreto. O diagnóstico principal, ao qual corresponde o procedimento principal é o que o clínico no evento em causa estabelece como o mais relevante no contexto em que se insere, no caso de relevância equivalente o clínico elege arbitrariamente um como principal. Os diagnósticos secundários correspondem a condições clínicas que se podem considerar de forma autónoma em relação ao diagnóstico principal ou a outros secundários, esta autonomia significa que poderiam ser abordados, em boa prática, em eventos distintos, na perspectiva da construção diagnóstica ou das acções terapêuticas. Não devem ser considerados, para este efeito, como diagnósticos

independentes situações para as quais se propõe ou executa o mesmo procedimento.

Os diagnósticos associados estão sempre na dependência de um diagnóstico principal ou secundário e servem para melhor enquadrar ou definir o designado problema traduzido no código principal ou secundário. Os diagnósticos associados só deverão ser codificados se tiverem relevância no procedimento cirúrgico, devendo na maioria das situações implicar a existência de procedimentos associados.

Os procedimentos correspondem necessariamente a um diagnóstico principal ou secundário, sendo que se designa de procedimento principal ao que corresponde ao diagnóstico principal e procedimentos secundários aos que correspondem a diagnósticos secundários.

Os procedimentos secundários são necessariamente independentes do principal e de outros secundários e não obstante poderem ser executados num mesmo episódio cirúrgico, devem poder ser executados em episódios cirúrgicos distintos ou corresponder a patologias distintas.

Pelo exposto conclui-se que no registo de códigos de diagnóstico e procedimentos tem de se manter o nexo de casualidade estabelecido entre os problemas identificados e as acções propostas ou executadas, é também necessário explicitar a individualidade das situações e dos actos que lhes correspondem sempre que consideradas independentes.

Determinação de GDH no âmbito do SIGIC

A metodologia foi elaborada pelo SIGIC em concertação com o então IGIF sob os desígnios do Ministério da Saúde.

Tendo presente que os preços constantes na tabela de preços do SIGIC são substancialmente inferiores aos habitualmente praticados, que a capacidade de desnatação por parte dos prestadores é, nestas circunstâncias, muito superior importava introduzir mecanismos que contrariassem a tendência de excluir nos serviços prestados a resolução de problemas múltiplos.

A classificação da conclusão do episódio reveste-se de particular importância, pois serve de base à determinação do GDH, cujo valor será utilizado para pagamento aos hospitais convencionados e ao cálculo da remuneração da equipa (Modalidade Remuneratória Alternativa) em hospitais do sector público. Assim, no âmbito do SIGIC, a geração de GDH utiliza-se com o exclusivo propósito de permitir o cálculo de valores a facturar em entidades convencionadas e de apurar valores a

pagar às equipas em hospitais públicos pela produção MRA.

Foi criado o conceito de procedimentos múltiplos independentes [Portaria 852/2009: art.º 3 n.º1 — entende-se por «procedimentos independentes» os procedimentos que, sendo realizados nos mesmo acto cirúrgico, se destinam à resolução de patologias não relacionadas e os que, de acordo com o estado da arte, podem ser efectuados em episódios diferidos ou distintos] que incluía situações já previstas de bilateralidade e alargava a abrangência de forma a poder incluir-se outras situações similares. A definição, constante na portaria que regula a tabela de preços do SIGIC e sua aplicação, não é exaustiva, dando azo a dúvidas legítimas, quanto à sua interpretação quando se pretende aplicá-la a situações concretas. O presente documento pretende fornecer directivas interpretativas da norma em vigor.

Em cada episódio cirúrgico é apurado um GDH por cada situação independente resolvida, entende-se genericamente por situação independente a resolução cirúrgica de situações que poderiam normalmente ocorrer em eventos (internamentos, cirurgias) diferentes. No contexto de um episódio em que são resolvidas duas ou mais situações distintas será eleita como principal, para efeitos de pagamentos, a que corresponder ao maior valor da tabela de preços; na construção do GDH principal concorrem os códigos de diagnóstico correspondentes aos problemas específicos dos procedimentos que se lhe associam assim como os demais códigos de diagnóstico que informam a caracterização de todo o episódio de internamento que são relevantes para a execução da cirurgia e que não são específicos de um GDH secundário. Na construção dos GDH secundários concorrem apenas os códigos de diagnóstico correspondentes aos procedimentos que se lhes associam.

Códigos referentes a procedimentos efectuados fora do bloco operatório assim como os códigos dos diagnósticos que lhes correspondam bem como códigos de diagnóstico correspondentes a outras situações clínicas nomeadamente a intercorrências ou complicações, são registados em associação ao episódio de internamento e não concorrem para a determinação de GDH no âmbito do SIGIC.

Pelo exposto conclui-se que no registo de códigos de diagnóstico e procedimentos tem de se manter o nexo de causalidade estabelecido entre os problemas identificados e as acções propostas ou executadas, é também necessário explicitar a individualidade das situações e dos actos que lhes correspondem sempre que consideradas independentes.

Um Exemplo:

Um doente recorre à consulta de cirurgia por varizes. Trata-se de um doente hipertenso controlado, diabético tipo 2, com insuficiência venosa periférica, varizes nos membros inferiores e com um carcinoma basocelular do nariz. É proposto para cirurgia às varizes e ao carcinoma, que efectua. No pós-operatório tem um hematoma na coxa direita que é drenado na enfermaria e tem ainda um episódio convulsivo que vem a enquadrar-se num quadro de epilepsia ainda não previamente diagnosticado. A organização dos códigos na cirurgia e conclusão do episódio SIGIC deve ser a seguinte:

GDH Principal

DP- Varizes do Membro inferior direito do território da safena interna, com evidência de insuficiência dos vasos comunicantes com o sistema venoso profundo à 454.8

DA - Diabetes tipo II controlada sem complicações - 250.00

DA – HTA controlada—401.9

PP- *Streaping* das Varizes à 38.59

PA - Desbridamento de úlcera varicosa— 86.22

GDH Secundário

DS – Varizes do membro inferior esquerdo do território da Território da safena externa - 454.9

PS - Laqueação da crossa da safena interna à 38.89

GDH Secundário

DS – Carcinoma baso celular da asa direita do Nariz - 173.3

PS – Exerese radicar da lesão com margens de segurança de 5 mm - 86.4

PA – Reconstrução com retalho local— 21.89

GDH secundário de internamento (não elegível para determinar pagamentos)

DS – Hematoma do membro inferior—998.12

Consequente a procedimento cirúrgico E878.8

PS – Drenagem à 86.04

GDH secundário de internamento (não elegível para determinar pagamentos)

DS – Epilepsia à 345.90

Em conclusão:

Tendo presente a lógica exposta pode compreender-se que cada situação independente deve ser convenientemente descrita em linguagem médica convencional por forma a transmitir cabalmente o problema que justifica o evento em causa (consulta, internamento, cirurgia,..) assim como a proposta terapêutica subjacente.

A classificação de diagnósticos e procedimentos é um passo consecutivo justificável pela necessidade de normalização, mas que não substitui a descrição em linguagem médica convencional.

No caso particular do tratamento de órgãos, estruturas ou regiões simétricas, não contíguas, afectadas, sempre que constituírem situações independentes devem ser codificadas de forma independente. Nestas situações mesmo que exista um código que se refira ao tratamento bilateral não poderá ser utilizado.

Em cada episódio cirúrgico é apurado um GDH por cada situação independente resolvida, entende-se genericamente por situação independente a resolução cirúrgica de situações que poderiam normalmente ocorrer em eventos (internamentos, cirurgias) diferentes. No contexto de um episódio em que são resolvidas duas ou mais situações distintas será eleita como principal, para efeitos de pagamentos, a que corresponder ao maior valor da tabela de preços; na construção do GDH principal concorrem os códigos de diagnóstico correspondentes aos problemas específicos dos procedimentos que se lhe associam assim como os demais códigos de diagnóstico que informam a caracterização de todo o episódio de internamento que são relevantes para a execução da cirurgia e que não são específicos de um GDH secundário. Na construção dos GDH secundários concorrem apenas os códigos de diagnóstico correspondentes aos procedimentos que se lhes associam. Códigos referentes a procedimentos efectuados fora do bloco operatório assim como os códigos dos diagnósticos que lhes correspondam bem como códigos de diagnóstico correspondentes a outras situações clínicas nomeadamente a intercorrências ou complicações, são registados em associação ao episódio de internamento e não concorrem para a determinação de GDH no âmbito do SIGIC.

A determinação do GDH do episódio, de internamento ou ambulatorio, acto necessário para a facturação em hospitais públicos, procede-se nos moldes habituais de acordo com as normas da CID-9-MC, seguidas e praticadas pelos médicos codificadores. A codificação clínica em GDH é distinta e independente da classificação de diagnósticos e procedimentos para efeitos do SIGIC.

A determinação de múltiplos GDH para o episódio SIGIC, que como vimos difere do conceito de episódio de internamento, implica, para efeitos de pagamento que um seja considerado principal (o de maior valor). Este conceito não se deve confundir com a determinação do diagnóstico principal de cada evento, que deverá ser aquele que constitui a causa principal do evento a que se associa, determinada à data do mesmo.

Chama-se a atenção que o GDH principal assim definido pode não ser o que contém o designado diagnóstico principal. Neste contexto compreende-se que o diagnóstico principal à data da proposta possa, para um mesmo episódio, não ser o mesmo que à data da cirurgia e ainda vir a diferir à data da conclusão. Não devem pois ser corrigidos à ‘posteriori’ pois representa o conhecimento disponível que informou as decisões que lhe sucederam.

Modificação de GDH durante um episódio de SIGIC

O registo da cirurgia deve, seja este efectuado no hospital de origem (HO) ou de destino (HD), ser efectuado com o máximo rigor de acordo com as normas enunciadas. Neste contexto é totalmente independente do constante da proposta já que se limita a transcrever situações de facto. Tratando-se de um HD poderá colocar-se a questão de se, a execução de determinados procedimentos díspares dos constantes da proposta ou mesmo a mudança da interpretação clínica sobre o utente face ao descrito na proposta, é legítima, se não o for, estão previstas sanções, não obstante os registos devem sempre traduzir a verdade dos actos realizados e as interpretações clínicas dos seus responsáveis.

No HD é legítima a execução de procedimentos distintos dos da proposta sempre que autorizados previamente pela UHGIC do HO, URGIC ou UCGIC. O pedido de alteração da proposta deve ser prévio ao acto cirúrgico e efectuado através do SIGLIC, na opção comunicação da rede. São ainda legítimos, a título excepcional, os procedimentos, que visem situações que, não podendo ser antecipadas, concorram inequivocamente para a melhor prestação de cuidados ao doente e que cumulativamente se demonstre que a não prestação destes procedimentos, contribuiria para a degradação do estado de saúde do doente.

Regras genéricas para a determinação de procedimentos múltiplos.

Se é verdade que ninguém terá dúvidas que determinadas situações se justificam ser classificadas de independentes, como será o caso de por exemplo uma amputação de pé diabético simultânea com a exerece de basalioma da asa do nariz, também é compreensível admitir que existe uma panóplia de situações que se encontram num território cinzento em que o senso comum não será suficiente para dirimir. Para estes casos as normas gerais não são suficientes pelo que é necessário estabelecer directivas específicas que estabeleçam as condutas de registo nestes casos. Quando se estabelece, por necessidade, uma linha separadora numa variável contínua, pela necessária arbitrariedade do ponto estabelecido ocorrerão certamente casos cuja análise pontual poderia demonstrar a injustiça da decisão, mas este é o preço a pagar pela sistematização dos processos, que em si mesma garante uma justiça global maior.

São procedimentos cirúrgicos múltiplos independentes

Os procedimentos que ocorrem em *tempos cirúrgicos distintos* num mesmo internamento.

Os procedimentos que ocorrendo num mesmo episódio cirúrgico visam problemas distintos ou fases individualizáveis da abordagem de um mesmo problema, quer por se dirigirem a órgãos, estruturas ou regiões distintas quer por visarem a resolução de funcionalidades distintas e independentes.

Exemplos:

Tratamento cirúrgico de hérnia da linha branca + colecistectomia

Glossectomia total + Gastrostomia

Procedimentos em dedos distintos

Procedimentos realizados por abordagens ou incisões distintas (excepto as videoscopias) por exemplo:

Reparação de hérnias incisionais múltiplas não contíguas, nem dependentes de uma mesma incisão;

Paratiroidectomia múltipla;

Cervicotomia bilateral;

Cervicotomia e esternotomia

As cirurgias realizadas através de uma abordagem incisional única podem ser consideradas independentes quando dirigidas as estruturas distintas desde que visem problemas independentes (que podem surgir autonomamente), como é o caso de:

Colecistectomia + reparação de hérnia do hiato

Reparação de mais que uma válvula cardíaca

Reparação de válvula cardíaca + *Bypass* coronário

Procedimentos em nervos vasos ou tendões dos membros implicando neurotomias, neurorrafias, tenorrafias, anastomose de vasos, desde que não constituam procedimentos obrigatórios de uma determinada técnica cirúrgica orientada para a resolução de um problema determinado.

Os Procedimentos em vértebras e discos não contíguos no tratamento de hérnias discais

Septoplastia e turbinectomia quando os diagnósticos forem desvio do septo e hipertrofia dos cornetos respectivamente.

Retalhos e enxertos no âmbito de cirurgias reconstrutivas contínuas a procedimentos principais mutilantes.

Os procedimentos realizados para tratamento de lesões não malignas múltiplas não contíguas da pele e tecido celular subcutâneo, de dimensões superiores a 15 mm na face, dedos, ânus e órgãos genitais, ou superiores a 30mm na restante superfície corporal

Os procedimentos realizados para tratamento de lesões malignas múltiplas não contíguas da pele e tecido celular subcutâneo

Celulectomias (linfadenectomias ou esvaziamentos ganglionares) em patologia neoplasica quando respeitantes a todo um território glanglionar mesmo quando conjugadas com ressecção de órgão:

Ex: Gastrectomia + celulectomia

As celulectomias bilaterais nos membros, regiões inguinais, axilares e cervicais mas não no tórax abdómen ou pelve

As celulectomias em territórios distintos, considerando-se para este efeito os seguintes territórios: cabeça e pescoço, membros superiores e axilas, tórax/mediastino, abdómen, região pélvica, membros inferiores e região inguinal

Ressecções síncronas de tumores e metástases desde que não contíguas ou que envolvam órgãos distintos, ex:

Ressecção do cólon por carcinoma + hepatectomia por metástases

Ressecção do útero por carcinoma e de segmento do cólon

Os procedimentos em órgãos ou regiões bilaterais ou simétricos excepto os próximos da linha médias em que a patologia afecte habitualmente ambos os lados.

Os procedimentos dirigidos a mais do que uma das diferentes regiões listadas no anexo 6 quando não enquadradas numa restrição constante deste documento.

Os procedimentos realizados em ambas as lateralidades nas regiões do anexo 6 assinaladas como *bilateralidade*

Os procedimentos que ocorram numa mesma região de entre as listadas no anexo 6 classificadas de *múltiplos* e que visem problemas distintos ou fases individualizáveis da abordagem de um mesmo problema. Nas seguintes regiões aplicam-se restrições:

Lábios – só podem ser considerados procedimentos independentes se referidos ao lábio inferior e ao superior, exceptuam-se retalhos em que um dos lábios serve de dador para o outro.

Dentes – só são considerados independentes procedimentos em quadrantes distintos

Vasos, nervos e tendões – Procedimentos em nervos vasos ou tendões dos membros implicando neurotomias, neurorrafias, tenorrafias, anastomose de vasos, desde que não constituam procedimentos obrigatórios de uma determinada técnica cirúrgica orientada para a resolução de um problema determinado.

Não podem ser considerados independentes

Procedimentos interdependentes agregados a um quadro sinóptico coeso representado por uma patologia única

O conceito de bilateralidade independente não se aplica em:

Turbinectomia
Amigdalectomia
Adenoidectomia
Meringotomia com/sem aplicação de tubos
Simpatectomia
Laqueação tubar
Tiroidectomia

O conceito de multiplicidade independente não se aplica a:

Diversos procedimentos nas narinas
Procedimentos múltiplos nas fossas nasais, seios peri-nasais, rinofaringe
Meringotomia + adenoidectomia em crianças (<14 anos)
Procedimentos no palato úvula, rinofaringe, no contexto do tratamento da roncopia
Ressecção ou e anastomose de múltiplos segmentos intestinais
Lavagem peritoneal conjugada com qualquer outro procedimento que implique acesso à cavidade abdominal
Secção de aderências associada a qualquer outro procedimento intra abdominal ou pélvico
Reparação de múltiplas hérnias da linha branca
Suspensão para-uretral e tratamento de cistocelo no contexto do tratamento da incontinência urinária
Histerectomia, operações ao fundo de saco vaginal ou quaisquer exames ou procedimentos vaginais,
Histerectomia com anexectomia
Reparação de ligamentos, menisco ou da cápsula articular do joelho
Amigdalectomia com adenoidectomia
Facoemulsificação (ou técnica equiparável) com inserção de lente protésica
Excisão de disco intervertebral + artrodese de vértebras contíguas no tratamento de hérnias discais
Procedimentos em tecidos moles ou pele quando contíguos ou realizados através da mesma incisão
Procedimentos únicos num mesmo órgão ou região ainda que visem a resolução de problemas/patologias distintas. Ex:

Bócio + carcinoma da tiróide à tiroidectomia total (apesar de incluir diversos actos técnicos – cervicotomia, secção de vasos e outros tecidos, tiroidectomia propriamente dita, ráfia de tecidos e pele – uma vez que o objectivo técnico único é a exeresse da glândula o conjunto de actos técnicos é considerado um procedimento único)

Vias de abordagem (laparotomia, laparoscopia, cistoscopia, artroscopia,...) desde que completadas com outros procedimentos

Procedimentos múltiplos em órgãos/regiões distintas não serão considerados independentes se decorrerem de necessidades impostas obrigatoriamente ou acidentalmente pela técnica. Ex:

gastrectomia e jejuno-jenunostomia, patologia gástrica

gastrectomia e espenectomia accidental ou não.

No caso de órgãos ou regiões bilaterais ou simétricas próximas da linha média, em que a patologia a ocorrer geralmente afecta ambos os lados .Ex:

Amigdalectomia por amigdalite crónica

Polipose nasal

Intervenções nos cornetos

Celulectomias bilaterais no tórax/mediastino, abdómen ou pelve

Excisão de disco intervertebral (ou discos contíguos)+ artrodese de vértebras contíguas

Procedimentos diversos em regiões ou órgãos classificados no anexo 6

O Caso particular dos procedimentos cirúrgicos em patologia oncológica

Os procedimentos envolvidos nestes casos têm propósitos distintos em cada caso devem estar associados a códigos diagnósticos que sejam reflexo da intenção do procedimento:

Exploração cirúrgica com biopsia para diagnosticar uma neoplasia β — diagnóstico: neoplasia maligna

Ressecar o tumor β — diagnóstico: neoplasia maligna

Ressecar a metástase β — diagnóstico: metástase de neoplasia maligna

Celulectomia para “profilaxia” duma metastização ganglionar provável β — diagnóstico: metástases ganglionares se positivo para metástases, código V50.49 se negativo.

Celulectomia para estadiamento e consequente determinação de terapias complementares β — diagnóstico: metastização ganglionar se positivo para metástases, código V50.49 se negativo.

Ressecção de órgão com intenção de favorecer o processo global terapêutico da neoplasia maligna β — diagnóstico: V50.4X (remoção profilática)+ V 84.0X (susceptibilidade genética para neoplasias malignas). (exemplo: tireoidectomia restante para permitir terapêutica com iodo 131, castração cirúrgica em neoplasias hormono dependentes)

Ressecções alargadas pós biopsias excisionais β — diagnóstico: neoplasia maligna

Cirurgias funcionais ou com a intenção de intervir nos sintomas (de bypass ou outras) β — diagnóstico: neoplasia maligna e disfunção ou sintoma; Ex:

Gastrojejunostomia por obstrução intestinal (efectiva ou antecipada) associada a carcinoma da cabeça do pâncreas inoperável

Gastrostomia por obstrução esofágica e disfagia total por tumor esofágico irressecável;

Reconstruções funcionais, morfológicas ou cirurgia estética na sequência imediata ou diferida de cirurgia mutilante ou disfuncionante ← diagnóstico: Cuidados posteriores envolvendo a utilização de cirurgia plástica – V51.X), status pós cirurgia, história pessoal de neoplasia maligna; Ex:

Reconstrução mamária pós mastectomia – V51.0

Reconstrução de trânsito pós colostomia – Neste caso será encerramento de colostomia – V55.3

Anexos

Anexo 1 Manual SIGIC vf3.doc

Episódio de cirurgia - o evento que decorre numa sala de Bloco Operatório (BO) onde ocorram um ou mais procedimentos cirúrgicos, simultâneos ou sequenciais, num determinado período de tempo em que o utente permanece anestesiado e presente nas instalações do BO, sob a alçada do cirurgião responsável por estes procedimentos. Com esta definição fica estabelecido que: vários procedimentos durante um mesmo período anestésico desde que efectuados sob a mesma tutela (mesmo cirurgião) sem que o utente tenha abandonado as instalações do BO contam como **um** episódio de cirurgia. Assim, a situação de um utente que já tendo saído do bloco tenha de retornar para ser reintervencionado, esta cirurgia conta como um novo episódio cirúrgico. Também na situação em que estão envolvidas duas equipas independentes provenientes de serviços diferentes, na sequência de duas propostas distintas, ainda que a execução (cirurgia) se efectue em simultâneo ou sequencialmente num mesmo tempo anestésico devem ser contabilizados dois episódios cirúrgicos em registos separados ainda que em cada um deles se faça referencia ao outro. É de notar que esta última situação resulta de linhas de responsabilidade diferentes e assim sendo a linha hierárquica dos cirurgiões responsáveis pelos diversos procedimentos deve ser distinta, o que em geral corresponde a pertencerem a serviços distintos.

A um episódio cirúrgico só pode corresponder um único registo, embora no registo do episódio possam constar todos os procedimentos efectuados. Conclui-se pois, que o episódio cirúrgico em que se procede ao tratamento cirúrgico de duas hérnias (bilaterais ou não, para este caso é irrelevante), vai corresponder a um registo onde constam os dois procedimentos (descritivo - por extenso), ainda que a sua codificação possa não traduzir, por ora, a melhor caracterização do evento.

Anexo 2 - Despacho 24036/2004 de 22 de Novembro -Tabela de Preços do SIGIC

A remuneração ao hospital referente à produção cirúrgica adicional é acrescida, no caso de se verificarem intervenções com múltiplos procedimentos independentes (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), simultâneos ou consecutivos, que decorram num mesmo episódio cirúrgico, de um valor correspondente ao somatório de 45% dos GDH associados aos procedimentos complementares, até um máximo acumulado correspondente a 45% do procedimento considerado principal (o de maior valor).

A produção que for considerada adicional na contratação entre o Conselho de Administração do Hospital e os serviços hospitalares dá origem a uma remuneração à Equipa correspondente a uma percentagem do valor estipulado na tabela de preços para cada procedimento, sendo esta percentagem de: 35% nas cirurgias que incluam colocação de próteses; 55% nas cirurgias de ambatório; 45% nas restantes situações. O Conselho de Administração do Hospital pode fazer variar estas percentagens em mais ou menos 10%.

Se no mesmo episódio cirúrgico, em produção adicional, a equipa realiza procedimentos múltiplos independentes, simultâneos ou consecutivos (que poderiam ser executados em episódios cirúrgicos distintos), então a equipa é paga ao correspondente pelo procedimento principal (o de maior valor) mais o valor correspondente ao somatório de 60% dos GDH associados aos procedimentos complementares, até um máximo acumulado correspondente a 60% do procedimento considerado principal (o de maior valor).

Anexo 3 - Portaria 45/2008 de 15 de Janeiro

Um “diagnóstico pré-operatório” descreve o problema ou condição patológica que determina uma dada proposta terapêutica.

Um “diagnóstico principal” descreve o problema ou condição patológica observada após conclusão do estudo completo do utente e das terapêuticas instituídas.

Um “diagnóstico secundário” descreve o problema ou condição patológica concomitante com o diagnóstico pré-operatório ou com o diagnóstico principal.

Um “diagnóstico associado” descreve o problema ou condição patológica que enquadra ou ajuda a explicar o diagnóstico pré-operatório, principal ou secundário.

À UCGIC compete:

.
;
;
;
Definir um conjunto mínimo de dados de natureza clínica, administrativa e outra a registar nos sistemas de informação dos hospitais e a transferir para o SIGLIC;

.
;
;
;
;
;
Emitir orientações relativas a questões processuais do âmbito do SIGIC, designadamente em matéria de classificação e codificação nos registos de propostas cirúrgicas e demais documentos;

.
;
;
.
;
;
Participar no processo de revisão da tabela de preços da produção cirúrgica;

.
;
;
;
;
;
.
O cumprimento do Regulamento do SIGIC pressupõe que os Conselhos de Administração dos hospitais assegurem a realização das seguintes actividades:
Divulgar e garantir o cumprimento das normas do SIGIC e das regras incluídas no MGIC, bem como das orientações emitidas pela UCGIC e pela URGIC;

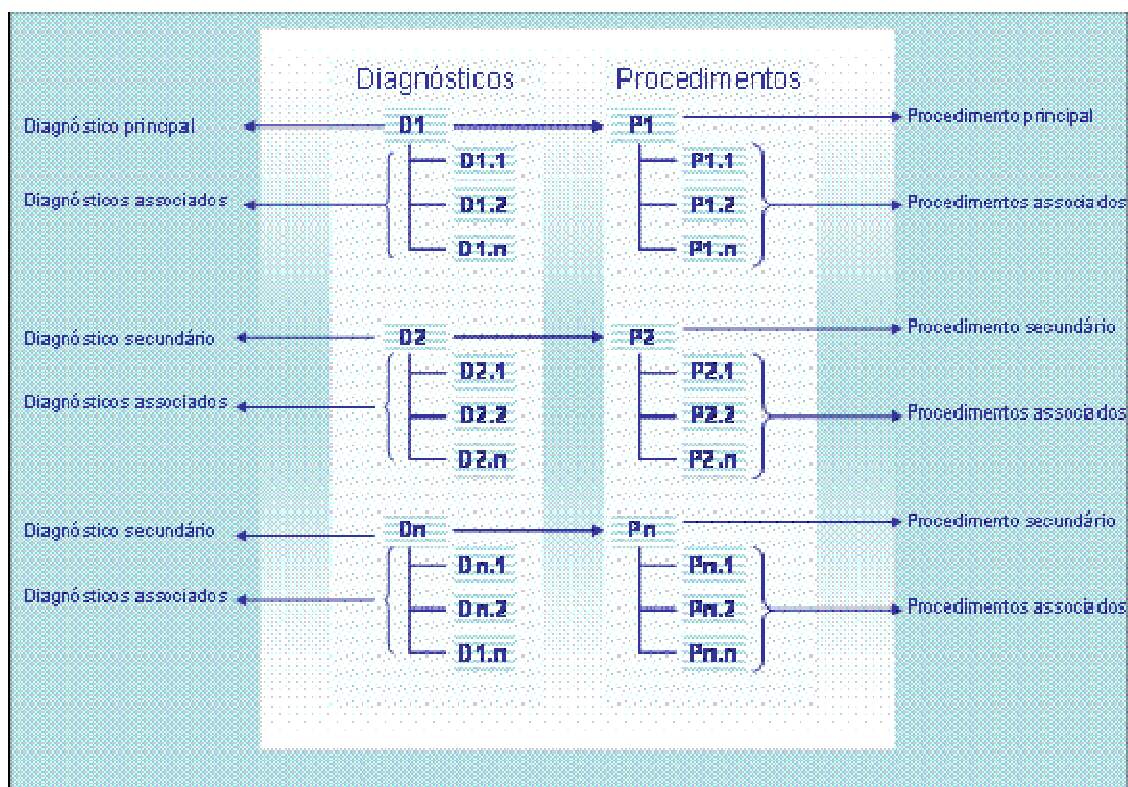
.
;
;
;
;
Garantir a fiabilidade da informação e normalização dos fluxos de informação relativos à lista de inscritos para cirurgia;

.
;
;
;
Zelar e assegurar a correcta classificação dos diagnósticos e procedimentos realizados

de acordo com os processos descritos no MGIC e com o Código da Classificação Internacional das Doenças em vigor;

Anexo 4 – Linha directa nº 9 de 2005

Modelo de registo de diagnósticos e procedimentos



O conceito de diagnóstico aqui utilizado é muito abrangente e refere-se a todos os problemas do utente (patologias, sintomas, problemas sociais,...) isto é a todas as situações que possam ter influência na sua saúde. A descrição do diagnóstico tem de ser completa e exhaustiva.

O modelo de registo de diagnósticos apresentado procura possibilitar um registo de informação mais próximo do da prática clínica. Assim, registam-se em cada evento (momento em que o clínico interage com o doente ou com o processo e gera informação clínica) os diagnósticos pertinentes neste evento. É classificado de diagnóstico principal aquele que é primeiramente responsável pelo evento (em caso de diagnósticos equiimportantes o clínico seleccionará um como principal). Na conclusão do episódio o diagnóstico principal é aquele que após o estudo do doente se mostrou responsável pela sua admissão no hospital. Se existirem outras situações pertinentes para o evento devem ser registadas como diagnósticos secundários. Os diagnósticos principais e secundários tem de

ser classificados. Os diagnósticos associados servem tão só para caracterizar melhor o diagnóstico não sendo obrigatória a sua classificação.

Entende-se por procedimento todo o acto realizado ao utente que concorre para a clarificação, despiste ou resolução da sua patologia e seja classificável de acordo com a CID 9 MC. Consideram-se procedimentos secundários os procedimentos complementares associados aos diagnósticos secundários.

Os procedimentos têm, obrigatoriamente, de estar associados a um diagnóstico ainda que suspeito. O procedimento principal (o mais relevante) é por definição aquele que está associado ao diagnóstico principal. Os procedimentos secundários são procedimentos que poderiam ser efectuados em episódios cirúrgicos distintos, e correspondem a um diagnóstico. No caso particular das bilateralidades deve inscrever-se o diagnóstico para cada lateralidade. A codificação não deverá diferir conforme exista ou não código para a bilateralidade; devendo o registo efectuar-se inscrevendo o código de unilateralidade duas vezes uma no diagnóstico principal outra no secundário. A aplicação informática procederá automaticamente à conversão dos códigos registados no código único de bilateralidade que lhes corresponda.

Assim, coloca-se o código no diagnóstico principal identificando uma lateralidade e no diagnóstico secundário o código referente à lateralidade restante. No caso de não existir código para a bilateralidade inserem-se dois códigos iguais um no diagnóstico principal outro no diagnóstico secundário.

Este modelo de registo de diagnóstico não visa exclusivamente a facturação, no entanto, contempla-a. O sistema permite a utilização dos códigos assim inscritos para a determinação do GDH do episódio, de acordo com as normas da CID 9 MC conhecidas dos médicos codificadores. Neste contexto o documento de conclusão do processo (folha de admissão e alta) é da responsabilidade dos médicos codificadores.

Na facturação decorrente da produção financiada em modalidade base só é necessário calcular o GDH do episódio e o doente equivalente. É necessário calcular o GDH correspondente aos procedimentos secundários, quando existam, para a facturação da produção financiada em modalidade adicional. Estes GDH também são utilizados para o cálculo dos valores a entregar às equipas, no caso da produção ser adicional, independentemente da modalidade de financiamento (base ou adicional)..

Anexo 5 - Conceitos INE:

Intervenção cirúrgica: Um ou mais actos operatórios com o mesmo objectivo terapêutico e ou diagnóstico, realizados por cirurgião, em sala operatória, na mesma secção, sob anestesia geral, locorregional ou local com ou sem presença de anestesista.

Intervenção cirúrgica programada: Intervenção cirúrgica efectuada com data de realização previamente marcada.

Anexo 6– Regiões anatómicas e aplicação dos conceitos de bilateralidade e de procedimentos múltiplos:

ID Região	Região de Diagnóstico/Procedimento	Procedimentos
R0101	Meninges	Não
R0102	Cérebro e cerebelo	Bilateralidade
R0104	Ventrículos cerebrais	Não
R0106	Pituitária e pineal	Não
R0130	Vasos intracranianos	Bilateralidade
R0160	Calote craniana	Múltiplos
R02	Cabeça e Pescoço (excepto órgãos intracranianos)	
R0203	Amígdalas e adenóides	Não
R0206	Esófago cervical	Não
R020701	Laringe	Não
R020702	Traqueia	Não
R020901	Olho	Bilateralidade
R020902	Pálpebras, órbita e aparelho lacrimal	Bilateralidade
R021001	Nariz	Não
R021002	Seios perinasais	Não
R0211	Pavilhão auricular	Bilateralidade
R021201	Ouvido	Bilateralidade
R021202	Mastóide	Bilateralidade
R021301	Parótida	Bilateralidade
R021302	Glândulas submaxilares	Bilateralidade
R021303	Glândulas sublinguais	Bilateralidade
R021304	Glândulas salivares minor	Não
R0215	Tiróide	Não
R0216	Paratiróide	Múltiplos
R0221	Couro cabeludo	Múltiplos
R0220	Pele e partes moles cervicais	Múltiplos
R0230	Vasos da cabeça e pescoço	Bilateralidade
R0240	Linfáticos cabeça e pescoço	Bilateralidade
R0250	Nervos e plexos nervosos da cabeça e pescoço	Bilateralidade
R0260	Ossos da cabeça (excepto calote) e dentes	Múltiplos
R026001	Dentes	Múltiplos - 4 quadrantes
R026002	Ossos da base do crânio	Bilateralidade
R026003	Maxilar superior	Bilateralidade
R026004	Maxilar inferior	Bilateralidade
R0271	Nasofaringe, orofaringe e hipofaringe	Não
R02721	Cavidade oral	Não
R02722	Lábios	Múltiplos (sup, inf)
R0273	Face (incluindo pele e tecidos moles)	Múltiplos

R0301	Mama	Bilateralidade
R030201	Pulmão	Bilateralidade
R030202	Brônquios	Bilateralidade
R030203	Pleura	Bilateralidade
R030301	Coração	Múltiplos
R030302	Pericárdio	Não
R0304	Mediastino (inclui órgãos linfáticos e timo)	Não
R0305	Esôfago torácico	Não
R0320	Pele da região torácica e dorsal	Múltiplos
R0330	Vasos da região torácica e dorsal	Múltiplos*
R0340	Linfáticos da região torácica e dorsal	Bilateralidade
R0350	Nervos da região torácica e dorsal	Múltiplos*
R036101	Omopecta	Bilateralidade
R036102	Clavícula	Bilateralidade
R036103	Costelas	Múltiplos
R0365	Partes moles da região torácica e dorsal	Bilateralidade
R04	Região Abdominal, Retroperitoneal e Lombar	
R0401	Estômago	Não
R040203	Intestino delgado	Não
R04020301	Duodeno	Não
R04020302	Jejuno	Não
R04020303	Ileon	Não
R040204	Cólon	Não
R040205	Apêndice ileocecal	Não
R040301	Rim	Bilateralidade
R040302	Cálice e ureteres	Bilateralidade
R0406	Pâncreas	Não
R0407	Fígado	Não
R0408	Vesícula e vias biliares	Não
R0409	Baço	Não
R0410	Supra-renal	Bilateralidade
R0430	Vasos abdominais	Múltiplos*
R0440	Linfáticos abdominais	Não
R0450	Nervos abdominais	Múltiplos*
R0465	Parede abdominal e lombar (pele, músculos, aponevrose, peritôneu parietal)	Múltiplos
R05	Coluna vertebral	
R0501	Coluna cervical	Múltiplos
R0502	Coluna dorsal	Múltiplos
R0503	Coluna lombar	Múltiplos
R0504	Coluna sagrada	Múltiplos

R06	Bacia e Cavidade Pélvica	
R0601	Bexiga e uretra	Não
R0609	Recto	Não
R0610	Ânus	Não
R0620	Pele da bacia	Múltiplos
R0630	Vasos pélvicos	Múltiplos*
R0640	Linfáticos da pelve	Não
R0650	Nervos pélvicos	Múltiplos*
R0660	Ossos e partes moles da bacia	Não
R07	Genitais Masculinos	
R0701	Próstata e vesícula seminal	Não
R0702	Testículo, epididimo, canal deferente e escroto	Não
R0703	Pénis	Não
R08	Genitais Femininos	
R0801	Ovário e trompas	Não
R0802	Útero	Não
R0803	Vulva e Vagina	Não
R09	Membro superior	
R0920	Pele do membro superior	Múltiplos
R0930	Vasos do membro superior	Múltiplos*
R0940	Linfáticos do membro superior	Bilateralidade
R0950	Nervos do membro superior	Múltiplos*
R096101	Ossos do braço e antebraço	Bilateralidade
R096102	Articulação do ombro	Bilateralidade
R096103	Articulação do cotovelo	Bilateralidade
R096104	Articulação do punho	Bilateralidade
R096105	Ossos da mão	Bilateralidade
R0965	Partes moles do membro superior	Múltiplos
R10	Membro inferior	
R1020	Pele do membro inferior	Múltiplos
R103001	Artérias dos membros inferiores	Múltiplos*
R103002	Veias dos membros inferiores	Bilateralidade
R1040	Linfáticos dos membros inferiores	Bilateralidade
R1050	Nervos do membro inferior	Múltiplos*
R106101	Ossos da coxa e perna	Bilateralidade
R106102	Ossos do pé	Bilateralidade
R106103	Articulação coxofemural	Bilateralidade
R106104	Joelho	Bilateralidade
R106105	Artelho	Bilateralidade
R1065	Partes moles dos membros inferiores	Múltiplos
R11	Região axilar	
R1120	Pele da região axilar	Bilateralidade
R1130	Vasos da região axilar	Múltiplos*
R1140	Linfáticos da região axilar	Bilateralidade
R1150	Nervos da região axilar	Múltiplos*
R1165	Partes moles da região axilar	Bilateralidade
R12	Região inguinal	
R1220	Pele da região inguinal	Bilateralidade
R1230	Vasos da região inguinal	Múltiplos*
R1240	Linfáticos da região inguinal	Bilateralidade

R1250	Nervos da região inguinal	Mútiplos*
R1265	Partes moles da região inguinal	Bilateralidade
R13	Região perineal	
R1320	Pele da região perineal	Mútiplos
R1365	Partes moles, nervos e vasos da região perineal	Não
	Em anastomoses ou neurorrafias	

Anexo 7

Diário da República, 1.ª série—N.º 152—7 de Agosto de 2009

5149

Artigo 2.º

Norma revogatória

São revogados as alíneas c) e d) do n.º 2 e os n.ºs 3 a 5 do artigo 81.º, o artigo 82.º, as alíneas g) e h) do n.º 2, as alíneas a) a c), f) e g) do n.º 3 e os n.ºs 5 a 7 do artigo 83.º e a alínea a) do n.º 1 e o n.º 5 do artigo 91.º

Visto e aprovado em Conselho de Ministros de 25 de Junho de 2009. — *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa* — *Luís Filipe Marques Amado* — *Fernando Teixeira dos Santos* — *Alberto Bernardes Costa* — *Manuel António Gomes de Almeida de Pinho* — *José António Fonseca Vieira da Silva* — *Ana Maria Teodoro Jorge* — *Valter Victorino Lemos*.

Promulgado em 29 de Julho de 2009.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendado em 30 de Julho de 2009.

O Primeiro-Ministro, *José Sócrates Carvalho Pinto de Sousa*.

Portaria n.º 852/2009

de 7 de Agosto

Por força da entrada em vigor da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, e da análise do comportamento da produção adicional e convencionada, observa-se que os preços e as metodologias fixados pelo despacho n.º 24 036/2004, do Ministro da Saúde, de 29 de Outubro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 22 de Novembro de 2004, encontram-se actualmente desajustados, tornando-se, pois, necessário proceder à sua actualização.

Assim:

Nos termos do disposto no artigo 23.º e no n.º 1 do artigo 25.º do Estatuto do Serviço Nacional de Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei n.º 11/93, de 15 de Janeiro, manda o Governo, pela Ministra da Saúde, o seguinte:

Artigo 1.º

É aprovada como anexo I à presente portaria, da qual faz parte integrante, o Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC) pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas.

Artigo 2.º

É aprovada como anexo II à presente portaria, da qual faz parte integrante, a tabela de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC pelas unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas e sociais convencionadas.

Artigo 3.º

São aprovados como anexo III à presente portaria, da qual faz parte integrante, os procedimentos que per-

mitem o acréscimo relativamente aos preços previstos no anexo II.

Artigo 4.º

São revogados:

a) A Portaria n.º 426/2005, de 15 de Abril;

b) O despacho n.º 24 036/2004, do Ministro da Saúde, de 29 de Outubro, publicado no *Diário da República*, 2.ª série, de 22 de Novembro de 2004, com excepção das regras relativas à remuneração das equipas constituídas para realização da produção adicional constantes das notas às tabelas aprovadas em anexo àquele despacho, sem prejuízo da aplicação dos valores da produção cirúrgica aprovados pela presente portaria.

Artigo 5.º

A presente portaria produz efeitos a partir de 1 de Julho de 2009.

Pela Ministra da Saúde, *Francisco Ventura Ramos*, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, em 31 de Julho de 2009.

ANEXO I

Regulamento das Tabelas de Preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

CAPÍTULO I

Disposições gerais

Artigo 1.º

Âmbito de aplicação objectivo

1 — O presente Regulamento consagra o valor da produção cirúrgica adicional realizada por unidades prestadoras de cuidados de saúde públicas e entidades privadas ou sociais em sede de convenções estabelecidas no âmbito do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC).

2 — O presente Regulamento consagra as regras relativas aos encargos com as transferências efectuadas no que respeita à produção adicional no âmbito do SIGIC e com a prática de consultas e meios complementares de diagnóstico sem realização da intervenção cirúrgica programada por motivo não imputável à unidade prestadora.

3 — A facturação da prestação de serviços fica dependente da existência do correspondente registo no Sistema Informático de Gestão de Lista de Inscritos (SIGLIC).

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação subjectivo

1 — São abrangidas pela presente portaria as entidades privadas ou sociais, com convenções estabelecidas no âmbito do SIGIC, e as entidades públicas prestadoras de cuidados de saúde quanto à produção cirúrgica adicional no âmbito do SIGIC, sem prejuízo das regras constantes dos contratos-programa.

2 — A presente portaria aplica-se à produção cirúrgica realizada nestas entidades, independentemente da entidade financeira responsável.

Artigo 3.º

Definições

1 — Para efeitos do presente Regulamento entende-se por «procedimentos independentes» os procedimentos que, sendo realizados no mesmo acto cirúrgico, se destinam à resolução de patologias não relacionadas e os que, de acordo com o estado da arte, podem ser efectuados em episódios diferidos ou distintos.

2 — Nos restantes conceitos subjacentes ao presente diploma, aplica-se o disposto nos n.ºs 6 a 43 da parte II do Regulamento do SIGIC, aprovado em anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, e no artigo 3.º da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.

CAPÍTULO II

Valor da produção cirúrgica

Artigo 4.º

Preço

1 — O preço das prestações de saúde realizadas em produção adicional no âmbito do SIGIC, quer em regime de ambulatorio, quer em internamento, é calculado nos termos do presente Regulamento mediante o sistema de classificação de doentes em GDH.

2 — O preço a pagar pela actividade referida no n.º 1 tem como valor base de referência € 1326,49, que é multiplicado para cada GDH por um factor que reflecte a complexidade da situação e que se designa por peso relativo, conforme o disposto na coluna D do anexo II, e por um factor que adapta o preço à disponibilidade da oferta e que se designa por factor de equilíbrio, conforme o disposto na coluna E do anexo II.

3 — O preço final a pagar por cada GDH é o constante da tabela patente no anexo II, colunas F e I, consoante se trate de actividade adicional desenvolvida em internamento ou em ambulatorio.

Artigo 5.º

Âmbito dos serviços

1 — O valor da produção cirúrgica prevista no n.º 1 do artigo 1.º inclui, em caso de internamento, todos os serviços prestados ao utente no âmbito do tratamento prescrito, incluindo consulta de avaliação, os meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários de entre os constantes no anexo III aprovado em anexo à Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, internamento, terapêutica dispensada durante o internamento, a cirurgia, cuidados pós-cirúrgicos durante e após o internamento durante um período máximo de dois meses, cedência, quando necessário, de ajudas técnicas por um período até 15 dias após alta hospitalar, dos transportes do utente quando necessário após a cirurgia, tratamento das intercorrências durante o período do internamento e das complicações detectadas durante um período de dois meses após alta hospitalar.

2 — O valor da produção cirúrgica prevista no n.º 1 do artigo 1.º inclui, em caso de cirurgia de ambulatorio, a

terapêutica dispensada e requerida por um período mínimo de 8 dias, a cirurgia, cuidados pós-cirúrgicos durante um período máximo de dois meses, cedência, quando necessário, de ajudas técnicas por um período até 15 dias após alta hospitalar, dos transportes do utente quando necessário após a cirurgia, tratamento das complicações detectadas durante um período de dois meses após a cirurgia.

Artigo 6.º

Facturação de episódios classificados em GDH

1 — Os preços a aplicar à produção cirúrgica programada adicional são os constantes na tabela de preços que integra o anexo II, devendo observar-se na sua aplicação o disposto nos números seguintes.

2 — A facturação dos episódios correspondentes a cada GDH em produção adicional no âmbito do SIGIC deve ser feita de acordo com as seguintes regras:

a) O valor a facturar é o em vigor na data da alta do doente;

b) O cálculo do valor a pagar por cada episódio de internamento cirúrgico ou de cirurgia de ambulatorio é feito por doente saído, com recurso ao apuramento de todos os GDH, considerando-se principal aquele a que corresponda o preço mais elevado;

c) A tabela de preços constante do anexo II aplica-se apenas a intervenções cirúrgicas programadas.

Artigo 7.º

Critérios específicos de cálculo de preço

1 — Nos doentes traqueostomizados, nos GDH previstos na tabela III do anexo II aprovado em anexo à Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, sempre que submetidos a ventilação mecânica por 96 ou mais horas, a que corresponde o código de procedimento da CID-9-MC 96.72 — Ventilação mecânica continua por 96 ou mais horas consecutivas, os preços a aplicar são os do GDH 483 — Oxigenação por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica > 96 horas ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço.

2 — Os episódios de internamento classificados nos GDH 755, 756, 806 ou 807, e em que os procedimentos efectuados correspondam aos códigos da CID 9 MC 81.63 — Fusão ou refusão 4-8 vértebras; ou 81.64 — Fusão ou refusão de 9 ou mais vértebras, com fixação da coluna em quatro ou mais vértebras, devem ser facturados por dia de internamento, sendo o valor da diária de enfermagem de € 247 e o da unidade de cuidados intensivos de € 588.

3 — Ao valor referido no número anterior acrescem os custos do material de fixação utilizado, não podendo estes ser superiores ao preço do mesmo material no catálogo de aprovisionamento público da saúde, caso aquele aí esteja referenciado.

4 — No GDH 261, respeitante a procedimentos na mama, por doença não maligna, excepto biopsia/excissão local, quando os procedimentos efectuados correspondem aos códigos 85.53 — Implante mamário unilateral, ou 85.6 — Mastopexia, ou 85.7 — Reconstrução total da mama, ou 85.87 — Reparação ou reconstrução do mamilo NCOP, ou 85.95 — Inserção de expansor tecidual

na mama, da CID 9 MC, e forem decorrentes de doença maligna, o preço a facturar é de € 2270.

5 — Nas situações que envolvam colocação de próteses cujo valor exceda os € 200 (sem IVA incluído), ao valor previsto no n.º 3 do artigo 4.º acresce o valor da prótese.

6 — A facturação das situações previstas no número anterior carecem de documento, apenso ao episódio realizado, validado pelo director clínico, comprovativo da prótese utilizada com indicação da designação, modelo, preço e fornecedor.

7 — As situações previstas no n.º 5 carecem de autorização prévia da respectiva unidade regional de gestão de inscritos para cirurgia (URGIC).

8 — Excepcionam-se do previsto no n.º 5:

a) As situações em que o GDH gerado seja o 115, 116, 118, 548, 755, 756, 758, 806, 807, 817, 818, 849, 850, 851, 852, 853 ou o 854, vigorando o valor previsto no n.º 3 do artigo 4.º e no n.º 2 do presente artigo;

b) O GDH 261 aplicando-se, de acordo com os procedimentos realizados, o valor previsto no n.º 3 do artigo 4.º e no n.º 4 do presente artigo.

9 — Os montantes anuais globais que condicionam a autorização prevista no n.º 7 são fixadas em € 150 000 para a Administração Regional de Saúde do Norte, I. P., Administração Regional de Saúde do Centro, I. P., e Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P., e de € 25 000 para a Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P., e para a Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.

10 — A responsabilidade financeira pelo internamento em unidades de cuidados intensivos cabe à entidade conveniada, independentemente da entidade prestadora dos referidos cuidados de saúde, podendo o utente, caso aquela o entenda, após os primeiros três dias de internamento, ser tratado num hospital público, sem qualquer encargo para a entidade conveniada.

11 — O pagamento da produção cirúrgica adicional realizada no âmbito do SIGIC, quando se tenha verificado a realização de intervenções com múltiplos procedimentos independentes, ou múltiplas intervenções, é acrescido de um valor correspondente ao somatório de 45 % dos GDH que lhes correspondam, até ao máximo acumulado de 45 % do GDH considerado principal.

12 — O valor referido no n.º 3 do artigo 4.º é acrescido de 30 % quando os procedimentos realizados correspondam a patologia neoplásica maligna devidamente documentada por exames de anatomia patológica, não podendo por força deste acréscimo ser ultrapassado o valor estabelecido através da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, para o referido GDH.

13 — Pela especial complexidade envolvida, o valor referido no n.º 3 do artigo 4.º é acrescido de 20 % quando o procedimento realizado seja algum dos constantes no anexo III, não podendo por força deste acréscimo ser ultrapassado o valor estabelecido através da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, para o referido GDH.

14 — Relativamente ao número anterior, não há lugar à cumulação de acréscimos, prevalecendo o valor referido no n.º 11 quando se verifique que o procedimento realizado está previsto no anexo III e que há patologia neoplásica maligna.

15 — No GDH 288, respeitante a procedimentos para obesidade, em bloco operatório, quando os procedimentos efectuados corresponderem aos códigos 44.69 — Reconstrução do estômago NCOP, 44.95 — Procedimento restritivo gástrico laparoscópico, 44.31 — Bypass gástrico alto ou 44.38 — Gastroenterostomia laparoscópica da CID 9 MC, o preço a facturar é de € 3669,44.

Artigo 8.º

Facturação de GDH médicos em produção adicional no âmbito do SIGIC

1 — Só há lugar à facturação do GDH 351 — Esterilização masculina nas situações onde se verifique a realização de procedimentos correspondentes aos códigos 63.70 — Procedimentos para esterilização masculina SOE, ou 63.71 — Laqueação de canal deferente, ou 63.72 — Laqueação do cordão espermático, ou 63.73 — Vasectomia, da CID 9 MC.

2 — Só há lugar à facturação do GDH 73 — Outros diagnósticos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade > 17 anos, nas situações onde se verifique, em internamento, a realização de procedimentos correspondentes ao código 18.29 — Excisão ou destruição de lesões NCOP do ouvido externo, da CID 9 MC.

3 — Nas situações em que o GDH gerado seja de natureza médica, não constando do anexo II, o valor do GDH apurado corresponde a 53,63 % do preço da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, desde que tenha sido realizado um dos seguintes procedimentos da CID — 9 MC:

- a) 43.19 — Gastrostomia NCOP;
- b) 44.62 — Encerramento de gastrotomia;
- c) 46.14 — Abertura diferida de colostomia;
- d) 46.39 — Enterostomia;
- e) 69.59 — Curetagem aspirativa do útero NCOP.

4 — Os demais episódios que resultem num agrupamento em GDH médico não integram o regime geral de facturação de produção adicional no âmbito do SIGIC.

5 — No caso dos episódios mencionados no número anterior terem sido realizados numa entidade conveniada, devem ser facturados pela entidade conveniada ao hospital de origem a 53,63 % do valor da tabela de preços aprovada em anexo à Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.

CAPÍTULO III

Disposições finais

Artigo 9.º

Facturação

1 — A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes internados deve ser efectuada após a data da alta e até dois meses.

2 — A facturação das prestações de saúde realizadas a doentes em regime ambulatorio deve ser efectuada após a realização dos cuidados e até dois meses.

3 — As entidades prestadoras de cuidados de saúde no âmbito do SIGIC devem remeter as facturas à admi-

nistração regional de saúde (ARS) territorialmente competente, sem prejuízo das competências das URGIC nos termos do Regulamento aprovado em anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, devendo as ARS emitir a facturação aos subsistemas para efeitos de cobrança relativamente aos cuidados prestados aos beneficiários dos mesmos.

Artigo 10.º

Transferência de doentes

1 — Os encargos com as transferências e respectiva devolução do doente e processo clínico que ocorram no âmbito do SIGIC são da responsabilidade do hospital de origem.

2 — Nos casos de devolução do doente ao hospital de origem que a ARS respectiva venha a considerar injustificada, os encargos com a transferência e respectiva devolução do utente e processo clínico são da responsabilidade de quem devolver o processo.

3 — Nos casos em que o utente opte por uma entidade convencionada, privada ou social, que não conste do directório apresentado no vale-cirurgia ou opte por hospital privado fora da sua região existindo oferta regional adequada, os encargos com a transferência são da responsabilidade do utente.

4 — Se o hospital de destino não puder realizar a cirurgia inscrita no vale-cirurgia por entender que o processo clínico do utente não contém informação suficiente, nomeadamente no que se refere a meios complementares de diagnóstico, deve, justificando a sua pretensão, solicitar esta informação ao hospital de origem ou pedir parecer à URGIC para providenciar a sua execução, nos termos do n.º 104 do Regulamento aprovado em anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

5 — O hospital de origem dispõe de 15 dias úteis após a solicitação para juntar ao processo a informação solicitada pelo hospital ou para contestar a pretensão.

6 — No caso da contestação prevista no número anterior, o hospital de destino pode:

- a) Efectuar os exames que considere necessários, sem encargos para o hospital de origem, ou
- b) Devolver o processo e o utente.

7 — Ultrapassado o prazo a que se refere o n.º 5 e na ausência de resposta por parte do hospital de origem, o hospital de destino realiza os meios complementares de diagnóstico e consultas necessárias à correcta avaliação da proposta, assim como os necessários à realização da cirurgia com segurança.

8 — Se o prazo referido no n.º 5 não puder ser respeitado por facto imputável ao utente, nomeadamente pela não comparência à realização dos meios complementa-

res de diagnóstico ou consultas agendadas para o efeito, suspende-se a sua contagem até que o utente compareça à realização dos actos agendados.

9 — Para efeitos do n.º 7, o hospital de destino deve facturar os actos praticados ao hospital de origem em 65 % do valor respectivo constante da tabela de preços aprovada em anexo à Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, sem prejuízo da obtenção da prévia autorização das URGIC, de acordo com o estabelecido na alínea i) do n.º 52 do Regulamento do SIGIC, aprovado em anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, no caso de se tratar de uma entidade convencionada.

10 — Para efeitos do disposto no n.º 4, não são considerados os meios complementares inerentes à rotina pré-operatória.

11 — Para efeitos do disposto no número anterior, são considerados os seguintes meios complementares inerentes à rotina pré-operatória:

- a) Radiografia convencional do tórax;
- b) Hemograma;
- c) Glicemia;
- d) Urémia;
- e) Creatininémia;
- f) Tempo de protrombina; Tempo parcial de trombo-plastina (activado);
- g) Ionograma;
- h) Proteinograma;
- i) TGO (ASAT — aspartato amino transferase);
- j) TGP (ALAT — alanina amino transferase);
- l) Gama glutamil transpeptidase;
- m) Urina tipo II;
- n) Electrocardiograma.

Artigo 11.º

Facturação de consultas e meios complementares de diagnóstico sem intervenção cirúrgica

1 — As consultas e meios complementares de diagnóstico realizados sem que se tenha verificado a intervenção cirúrgica programada, por motivo não imputável à unidade prestadora, são facturados em 65 % do respectivo valor constante nas tabelas de preços aprovadas em anexo à Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro.

2 — São considerados motivos não imputáveis à unidade prestadora, para efeitos do número anterior, a desistência e recusa do utente previstas nos termos do Regulamento do SIGIC, aprovado em anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro.

ANEXO II

Tabela de preços a praticar para a produção adicional realizada no âmbito do SIGIC

Preço base

1 326,49 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
GCD 0	(Pré-Grandes Categorias Diagnósticas)							
103	Transplante cardíaco	C	22,2552	1,3058	52.150,14 €	-	-	-
302	Transplante renal	C	11,6575	1,3058	27.506,29 €	-	-	-
480	Transplante hepático	C	43,0269	1,3058	100.785,35 €	-	-	-
482	Traqueostomia por diagnóstico da face, boca e pescoço	C	3,6796	1,0558	5.153,23 €	-	-	-
483	Crigeo-nagão por membrana extra-corporal, traqueostomia com ventilação mecânica >96h ou traqueostomia com outro diagnóstico principal, excepto da face, boca ou pescoço	C	12,8869	0,8142	15.918,03 €	-	-	-
795	Transplante de pulmão	C	23,4346	1,3058	59.577,50 €	-	-	-
803	Transplante de medula óssea alogénico	C	22,6830	1,3058	53.132,21 €	11,0280	1,6701	36.433,90 €
804	Transplante de medula óssea autólogo	C	18,4764	1,3058	43.278,80 €	-	-	-
805	Transplante simultâneo de rim e de pâncreas	C	24,6713	1,3058	57.789,56 €	-	-	-
829	Transplante de pâncreas	C	24,0354	1,3058	56.300,04 €	-	-	-
GCD 1	Doenças e Perturbações do Sistema Nervoso							
1	Craniotomia, idade >17 anos, com CC	C	2,9576	1,3066	5.447,79 €	-	-	-
2	Craniotomia, idade >17 anos, sem CC	C	1,9045	1,3058	4.461,06 €	0,6447	1,6701	1.428,23 €
6	Descompressão do túnel carpiano	C	0,5089	1,3056	773,34 €	0,5089	1,1456	773,34 €
7	Procedimentos nos nervos cranianos e periféricos e noutras estruturas nervosas, com CC	C	1,8796	1,3047	3.901,33 €	1,3760	1,7361	3.168,66 €
8	Procedimentos nos nervos cranianos e periféricos e noutras estruturas nervosas, sem CC	C	0,9473	1,3002	1.633,87 €	0,7375	1,6347	1.403,57 €
530	Craniotomia com CC maior	C	3,6764	1,0891	5.311,15 €	-	-	-
531	Procedimentos no sistema nervoso excepto craniotomia, com CC maior	C	3,3794	0,9062	4.062,19 €	-	-	-
737	Revisão de shunt ventricular	C	3,6943	0,9061	4.881,11 €	2,7044	1,1051	3.964,44 €
738	Craniotomia, idade < 18 anos, com CC	C	3,1577	1,0871	4.343,85 €	2,3116	1,1506	3.528,07 €
739	Craniotomia, idade < 18 anos, sem CC	C	2,0137	1,0562	4.343,85 €	1,6741	1,0063	3.528,07 €
833	Procedimentos vasculares intra-cranianos, com diagnóstico principal de hemorragia	C	4,6986	0,9055	5.643,91 €	-	-	-
836	Procedimentos vertebrais, com CC	C	3,7169	0,8088	4.431,29 €	2,7210	0,9972	3.599,09 €
837	Procedimentos vertebrais, sem CC	C	3,6891	0,9124	4.464,82 €	2,7006	1,0123	3.626,33 €
838	Procedimentos extracranianos, com CC	C	2,3227	0,9056	2.790,20 €	1,7003	1,0048	2.266,20 €
839	Procedimentos extracranianos, sem CC	C	2,1114	0,9062	2.790,20 €	1,5457	1,1053	2.266,20 €
GCD 2	Doenças e Perturbações do Olho							
36	Procedimentos na retina	C	1,3777	0,9675	1.768,15 €	0,9789	1,2617	1.768,15 €
37	Procedimentos na órbita	C	1,0093	1,2548	1.680,26 €	0,7173	1,3082	1.541,84 €
38	Procedimentos primários na íris	C	0,3910	1,3063	65,64 €	0,1960	1,2548	326,23 €
39	Procedimentos no cristalino, com ou sem vitrectomia	C	0,7418	0,8224	809,25 €	0,7418	0,8224	809,25 €
40	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade > 17 anos	C	0,6465	1,0864	890,54 €	0,6465	1,0337	886,51 €
41	Procedimentos extra-oculares, excepto na órbita, idade < 18 anos	C	0,5404	1,3645	834,78 €	0,5404	1,1645	834,78 €
42	Procedimentos intra-oculares, excepto na retina, íris e cristalino	C	0,6425	1,0441	1.375,64 €	0,6870	1,6701	1.078,91 €
534	Procedimentos oculares, com CC maior	C	1,9702	0,4761	1.244,39 €	1,9702	0,3867	1.010,69 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Fator de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Fator de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
QCD 3	Doenças e Perturbações do Ouvido, Nariz, Boca e Garganta							
49	Grandes procedimentos na cabeça e pescoço, exceto por doença maligna	C	1,2338	1,4038	3.166,90 €	0,9897	19592	3.214,10 €
50	Salivadenotomia	C	0,6005	1,4660	1.709,88 €	0,7520	15699	1.565,96 €
51	Procedimentos nas glândulas salivares, exceto salivadenotomia	C	0,7713	1,3536	1.364,41 €	0,6681	13987	1.239,57 €
52	Reparações de tendão labial e do palato	C	0,6732	1,3636	1.572,53 €	0,4432	16701	981,88 €
53	Procedimentos nos seios faciais e mastóide, idade > 17 anos	C	0,9627	1,1192	1.429,28 €	0,9627	09090	1.160,86 €
54	Procedimentos nos seios faciais e mastóide, idade < 18 anos	C	0,9924	1,2338	1.624,25 €	0,9924	10021	1.319,22 €
55	Procedimentos diversos no ouvido, nariz, boca e garganta	C	0,8291	1,3156	1.336,88 €	0,6703	13638	1.212,59 €
56	Pinnectomia	C	0,7525	1,0812	1.019,36 €	0,7525	10212	1.019,36 €
57	Procedimentos nas amígdalas e adenóides, exceto se amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade > 17 anos	C	0,4775	1,6943	1.054,17 €	0,2622	16701	580,88 €
58	Procedimentos nas amígdalas e adenóides, exceto se amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade < 18 anos	C	0,4761	1,2339	779,23 €	0,3281	16701	726,88 €
59	Amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade > 17 anos	C	0,4966	0,9615	493,38 €	0,4557	10180	615,39 €
60	Amigdalectomia e/ou adenoidectomia, idade < 18 anos	C	0,4603	0,8256	304,06 €	0,4185	08518	472,87 €
61	Miringotomia com colocação de tubo, idade > 17 anos	C	0,6231	0,9406	777,43 €	0,6231	09406	777,43 €
62	Miringotomia com colocação de tubo, idade < 18 anos	C	0,5219	1,0222	756,12 €	0,5219	10287	712,13 €
63	Outros procedimentos no ouvido, nariz, boca e garganta em bloco operatório	C	1,0560	1,3658	2.473,55 €	0,7730	19592	2.009,02 €
73	Outros diagnósticos do ouvido, nariz, boca e garganta, idade > 17 anos	C	0,3774	1,0000	300,62 €	-	-	-
168	Procedimentos na boca, com CC	C	1,0465	1,3658	2.451,30 €	0,7661	19592	1.990,95 €
169	Procedimentos na boca, sem CC	C	0,7586	1,4889	1.457,98 €	0,4957	15200	999,43 €
53c	Procedimentos no ouvido, nariz, boca e garganta, exceto os maior na cabeça ou no pescoço, com CC maior	C	2,3835	1,0000	3.161,69 €	1,7448	11095	2.567,92 €
759	Implantes condrais de canal múltiplo	C	7,7947	1,3658	18.258,15 €	7,6369	14639	16.820,27 €
786	Procedimentos maior na cabeça e no pescoço, por doença maligna	C	2,6526	1,3897	4.467,49 €	-	-	-
QCD 4	Doenças e Perturbações do Aparelho Respiratório							
75	Grandes procedimentos torácicos	C	2,1063	1,3658	4.933,75 €	1,5419	19592	4.007,19 €
76	Outros procedimentos no aparelho respiratório em bloco operatório, com CC	C	1,6694	1,3995	3.874,17 €	1,2221	19410	3.146,60 €
77	Outros procedimentos no aparelho respiratório em bloco operatório, sem CC	C	1,0535	1,4234	1.989,11 €	0,7712	15792	1.615,56 €
538	Procedimentos maior no tórax, com CC	C	4,3651	1,3658	10.234,72 €	3,1955	19592	8.304,52 €
539	Procedimentos respiratórios exceto os maior no tórax com CC maior	C	2,9127	1,0012	3.894,87 €	-	-	-
798	Tuberculose, com procedimento em bloco operatório	C	3,9677	0,8194	4.312,69 €	2,9046	09091	3.502,77 €
QCD 5	Doenças e Perturbações do Aparelho Circulatório							
104	Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros procedimentos cardiocárdiacos maior, com cateterismo cardíaco	C	8,4407	1,3658	19.771,33 €	-	-	-
105	Procedimentos nas válvulas cardíacas e outros procedimentos cardiocárdiacos maior, sem cateterismo cardíaco	C	5,8516	1,3658	13.706,67 €	4,2837	19592	11.132,56 €
106	Bypass coronário com angioplastia coronária percutânea transluminal	C	6,1944	1,2097	12.495,15 €	4,5746	16872	10.148,56 €
107	Bypass coronário com cateterismo cardíaco, sem angioplastia coronária percutânea transluminal	C	5,4870	1,4894	8.365,69 €	4,0168	12752	6.794,61 €
108	Outros procedimentos cardiocárdiacos sem diagnóstico principal de anomalia congénita	C	4,0817	1,3658	9.569,89 €	2,9880	19592	7.765,35 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Peso	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Peso em Ambulatório
109	Bypass coronário sem angioplastia coronária percutânea transluminal, sem cateterismo cardíaco	C	4,9784	1,0937	5,916,75 €	2,9856	1,2134	4,805,58 €
110	Grandes procedimentos cardiovasculares, com CC	C	4,2989	1,5212	8,674,43 €	3,1470	1,6877	7,045,37 €
111	Grandes procedimentos cardiovasculares, sem CC	C	4,0561	0,9561	3,144,10 €	2,9693	1,0608	4,178,04 €
112	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C	1,9120	0,8500	2,105,05 €	0,7147	1,6701	1,583,36 €
113	Amputação por perturbações circulatórias sistémicas, excepto do membro superior e do dedo do pé	C	2,2620	1,3151	3,946,10 €	1,6559	1,4591	3,205,02 €
114	Amputação de membro superior e do dedo do pé, por perturbações circulatórias sistémicas	C	1,4896	1,2755	2,529,38 €	1,0905	1,4152	2,047,05 €
115	Implantação de pacemaker cardíaco permanente, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque, ou procedimento em terminal ou gerador de desfibrilador cardíaco automático implantável	C	3,3378	0,9631	4,175,70 €	2,0151	1,2688	3,391,50 €
116	Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente	C	1,9502	1,0325	2,800,43 €	1,0071	1,6701	2,231,15 €
117	Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador	C	0,8811	0,8027	928,14 €	0,4548	1,5550	928,14 €
118	Substituição do gerador de pacemaker cardíaco	C	1,8796	0,6881	1,540,23 €	1,0016	1,1593	1,540,23 €
119	Laqueação, venação e flebo-extracção	C	0,7212	1,3622	1,188,39 €	0,6080	1,6735	1,188,39 €
120	Outros procedimentos, no aparelho circulatório, em bloco operatório	C	2,8509	0,8654	3,196,94 €	1,0568	0,8825	1,237,05 €
478	Outros procedimentos vasculares, com CC	C	2,5382	0,8994	3,016,34 €	0,0000	-	-
479	Outros procedimentos vasculares, sem CC	C	1,4691	1,0562	2,077,85 €	0,9379	1,2711	1,581,35 €
545	Procedimento em válvula cardíaca, com CC maior	C	12,3675	1,0000	16,405,36 €	-	-	-
546	Bypass coronário com CC maior	C	7,8465	1,0000	10,400,20 €	5,7440	1,1095	8,453,62 €
547	Outros procedimentos cardiocárdicos, com CC maior	C	10,6945	1,0000	14,186,15 €	-	-	-
548	Outros procedimentos com implantes/revisão de pacemaker cardíaco ou com cardio-desfibrilador com CC maior	C	3,5328	1,0000	4,686,22 €	2,1582	1,3295	3,806,15 €
549	Procedimentos cardiovasculares maior, com CC maior	C	8,8085	1,0000	11,684,29 €	-	-	-
550	Outros procedimentos vasculares, com CC maior	C	2,0420	1,0000	2,708,69 €	1,4948	1,1095	2,300,00 €
796	Revascularização de membro inferior, com CC	C	2,7934	0,7993	2,961,58 €	-	-	-
797	Revascularização de membro inferior, sem CC	C	1,8623	0,9643	2,431,45 €	1,3633	1,0920	1,974,82 €
808	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C	2,6748	0,7842	2,640,38 €	1,9581	0,8256	2,144,52 €
809	Outros procedimentos cardiocárdicos, com diagnóstico principal de anomalia congénita	C	5,5110	1,3994	9,499,27 €	4,0343	1,4417	7,715,31 €
811	Implantação de dispositivo de assistência ao coração	C	10,8439	0,4688	6,382,89 €	7,9383	0,8446	5,102,96 €
849	Implantação de desfibrilador cardíaco, com cateterismo cardíaco, com enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C	12,4134	0,7814	12,867,16 €	12,0729	0,6526	10,450,71 €
850	Implantação de desfibrilador cardíaco, com cateterismo cardíaco, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque	C	10,7583	0,9016	12,867,16 €	11,1386	0,7073	10,450,71 €
851	Implantação de desfibrilador cardíaco, sem cateterismo cardíaco	C	10,3445	0,6764	9,281,82 €	10,4348	0,5446	7,538,69 €
852	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio	C	1,9385	1,0892	2,800,81 €	0,7147	1,6701	1,583,36 €
853	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, com enfarte agudo do miocárdio	C	2,8270	1,0000	3,749,99 €	2,0695	1,1095	3,045,74 €
854	Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio	C	2,4543	1,0000	3,255,60 €	1,0663	1,2535	2,644,20 €
GDH 6	Doenças e Perturbações do Aparelho Digestivo							
146	Ressecção do recto, com CC	C	3,0823	1,3022	4,506,64 €	2,2564	1,2229	3,660,29 €
147	Ressecção do recto, sem CC	C	2,7296	0,7629	2,762,43 €	1,9982	0,8465	2,243,65 €
148	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	C	2,7108	1,1833	4,255,02 €	1,9844	1,3129	3,455,90 €
149	Grandes procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, sem CC	C	2,2327	0,8654	2,503,65 €	1,6344	0,9379	2,033,46 €
150	Uso de aderências peritoneais, com CC	C	1,6400	1,0521	2,568,01 €	1,3470	1,1673	2,085,74 €
151	Uso de aderências peritoneais, sem CC	C	1,5961	0,6256	1,324,60 €	1,1684	0,6941	1,075,84 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
152	Pequenos procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, com CC	C	2,1081	1,0886	2.988,13 €	1,5432	1,1856	2.426,96 €
153	Pequenos procedimentos no intestino delgado e no intestino grosso, sem CC	C	1,8692	0,7845	1.895,58 €	1,2683	0,8482	1.539,59 €
154	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, com CC	C	3,9170	0,8818	4.581,58 €	2,8674	0,9783	3.721,16 €
155	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade > 17 anos, sem CC	C	3,0934	0,5702	2.339,86 €	2,2645	0,6327	1.900,43 €
156	Procedimentos no esófago, estômago e duodeno, idade < 18 anos	C	0,9158	1,3058	2.145,15 €	0,9158	1,4342	1.742,39 €
157	Procedimentos no ânus e estomas, com CC	C	1,0711	1,3241	1.881,22 €	0,7841	1,6690	1.527,93 €
158	Procedimentos no ânus e estomas, sem CC	C	0,8529	0,6814	716,97 €	0,6560	0,6758	588,09 €
159	Procedimentos para hérnia excepto inguinal e femoral, idade > 17 anos, com CC	C	1,3048	1,0354	1.878,65 €	0,9552	1,3043	1.525,84 €
160	Procedimentos para hérnia excepto inguinal e femoral, idade > 17 anos, sem CC	C	1,0212	0,7817	1.018,29 €	0,9070	0,7873	947,17 €
161	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade > 17 anos com CC	C	1,0929	0,9543	1.354,49 €	1,0929	0,7538	1.100,12 €
162	Procedimentos para hérnia inguinal e femoral, idade > 17 anos, sem CC	C	0,7166	0,9014	856,85 €	0,6657	0,9389	829,13 €
163	Procedimentos para hérnia, idade < 18 anos	C	0,6301	0,9690	809,93 €	0,6301	0,9427	787,93 €
164	Apêndicectomia com diagnóstico principal complicado, com CC	C	1,6739	0,8568	1.902,51 €	1,2254	0,9506	1.545,22 €
165	Apêndicectomia com diagnóstico principal complicado, sem CC	C	1,4118	0,5328	1.035,17 €	1,4118	0,4489	840,77 €
166	Apêndicectomia sem diagnóstico principal complicado, com CC	C	0,9043	1,0914	1.309,22 €	0,6620	1,2109	1.063,35 €
167	Apêndicectomia sem diagnóstico principal complicado, sem CC	C	0,7304	0,8260	800,32 €	0,6409	0,9414	800,32 €
170	Outros procedimentos no aparelho digestivo, em bloco operatório, com CC	C	2,6474	1,0876	3.603,35 €	1,9351	1,1401	2.926,64 €
171	Outras intervenções no aparelho digestivo, em bloco operatório, sem CC	C	1,3754	1,0773	1.837,74 €	1,0069	1,1176	1.492,61 €
553	Procedimentos no aparelho digestivo, excepto em hérnia ou maior no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso com CC maior	C	3,8288	1,0000	5.078,86 €	-	-	-
554	Intervenções por hérnia, idade < 18 anos, com CC maior	C	1,5045	1,0000	1.995,70 €	1,1014	1,1095	1.620,91 €
585	Procedimentos maior no estômago, esófago, duodeno, intestino delgado e intestino grosso, com CC maior	C	5,1316	1,0000	6.807,02 €	-	-	-
QCD 7	Doenças e Perturbações do Sistema Hepato-biliar e Pâncreas							
191	Procedimentos no pâncreas, no fígado e de derivação portal, com CC	C	3,8865	1,2528	6.355,83 €	-	-	-
192	Procedimentos no pâncreas, no fígado e de derivação portal, sem CC	C	1,9255	1,3231	3.453,41 €	1,4096	1,5061	2.804,86 €
193	Procedimentos nas vias biliares, excepto só coledostomia, com ou sem exploração do coledoco, com CC	C	3,0446	1,1599	4.603,52 €	-	-	-
194	Procedimentos nas vias biliares, excepto só coledostomia, com ou sem exploração do coledoco, sem CC	C	1,5880	1,5041	3.162,11 €	0,2625	1,6791	883,09 €
195	Coledostomia, com exploração do coledoco, com CC	C	2,1870	1,1071	3.211,86 €	1,6010	1,2234	2.608,67 €
196	Coledostomia, com exploração do coledoco, sem CC	C	1,7259	1,1662	2.601,27 €	1,2634	1,5606	2.112,75 €
197	Coledostomia, sem exploração do coledoco, com CC	C	1,8295	0,9212	2.235,09 €	1,3393	1,0221	1.815,83 €
198	Coledostomia, sem exploração do coledoco, sem CC	C	1,1426	0,7880	1.194,38 €	0,8884	0,8235	970,49 €
199	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença maligna	C	2,0371	1,3898	4.314,41 €	1,4883	1,7749	3.504,16 €
200	Procedimentos diagnósticos hepatobiliares por doença não maligna	C	2,0151	1,0774	4.296,51 €	1,4752	1,7824	3.489,63 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
201	Outros procedimentos hepatobiliares ou pancreáticos, em bloco operatório	C	2,6079	1,814	4.067,00 €	1,8091	1,2108	3.319,46 €
493	Colectomia laparoscópica, sem exploração do coledoco, com CC	C	1,4271	1,358	3.342,81 €	1,0447	1,9592	2.715,03 €
494	Colectomia laparoscópica, sem exploração do coledoco, sem CC	C	0,7595	1,538	1.540,23 €	0,6958	1,5942	1.471,44 €
555	Procedimentos na pâncreas, fígado, e outros nas vias biliares, excepto transplante hepático, com CC maior	C	6,5190	1,000	8.647,39 €	-	-	-
556	Colectomia e outros procedimentos hepatobiliares, com CC maior	C	3,5056	1,000	4.647,49 €	2,5648	1,1095	3.774,69 €
787	Colectomia laparoscópica com exploração do coledoco	C	1,5669	1,463	3.006,04 €	1,1470	1,6046	2.441,51 €
GCD 8	Doenças e Perturbações do Sistema Músculo-esquelético e Tecido Conjuntivo							
209	Procedimentos nas grandes articulações e replante do membro da extremidade inferior, excepto anca, excepto por complicação	C	3,1485	1,487	5.925,11 €	2,3049	1,5740	4.812,37 €
210	Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade > 17 anos, com CC	C	1,9023	1,355	3.269,00 €	1,3926	1,4373	2.655,08 €
211	Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade > 17 anos, sem CC	C	1,6673	1,106	2.456,16 €	1,2305	1,2321	1.994,89 €
212	Procedimentos na anca e no fémur, excepto grandes intervenções articulares, idade < 18 anos	C	1,7936	1,185	2.661,18 €	1,3130	1,2410	2.161,41 €
213	Ampuiação por perturbações osteomusculares e do tecido conjuntivo	C	2,2620	0,9794	2.938,79 €	1,6559	1,0667	2.386,89 €
216	Biópsias do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	C	1,2667	1,1582	1.946,02 €	0,9273	1,2850	1.580,56 €
217	Desbridamento de feridas e enxerto de pele, excepto diagnóstico principal de ferida aberta, por transtornos do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo, excepto na mão	C	2,6464	1,071	3.640,55 €	-	-	-
218	Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade > 17 anos, com CC	C	1,8284	1,1061	2.682,74 €	1,3385	1,2272	2.178,92 €
219	Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto na anca, pé ou fémur, idade > 17 anos, sem CC	C	1,5012	0,8758	1.743,98 €	1,0990	0,9717	1.416,46 €
220	Procedimentos no membro inferior e no úmero, excepto anca, pé ou fémur, idade < 18 anos	C	1,2595	0,856	1.479,65 €	0,9643	1,1568	1.479,65 €
221	Procedimentos no joelho, com CC	C	1,4764	0,7508	1.431,34 €	1,0808	0,8108	1.162,45 €
222	Procedimentos no joelho, sem CC	C	0,8706	1,0899	1.358,72 €	0,6870	1,2812	1.258,72 €
223	Grandes procedimentos no ombro ou no cotovelo, ou outros procedimentos no membro superior, com CC	C	1,1349	0,9892	1.504,17 €	0,8308	1,1086	1.221,69 €
224	Procedimentos no ombro, cotovelo e antebraço, excepto grandes intervenções articulares, sem CC	C	0,7625	1,1386	1.141,54 €	0,6847	1,1819	1.073,47 €
225	Procedimentos no pé	C	1,1746	0,8752	1.363,71 €	0,9868	0,9166	1.199,75 €
226	Procedimentos nas tendões mols, com CC	C	1,0482	1,7032	2.368,15 €	0,7673	1,8897	1.923,41 €
227	Procedimentos nas tendões mols, sem CC	C	0,7343	1,1040	1.075,36 €	0,6799	1,1978	1.080,36 €
228	Grandes procedimentos no polegar ou articulares, ou outros procedimentos na mão ou no punho, com CC	C	0,7453	1,3732	1.357,63 €	0,7453	1,1153	1.102,67 €
229	Procedimentos na mão ou no punho, excepto grandes procedimentos articulares, sem CC	C	0,5402	1,333	863,72 €	0,5402	1,2352	885,10 €
230	Excisão local e remoção de dispositivos de fixação interna da anca ou do fémur	C	1,3252	0,7899	1.353,45 €	0,9446	0,7081	887,36 €
232	Artroscopia	C	0,8165	0,7987	865,02 €	0,8165	0,7987	865,02 €
233	Outros procedimentos no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo, em bloco operatório, com CC	C	2,3406	1,382	4.092,68 €	1,7134	1,4625	3.324,07 €
234	Outros procedimentos no sistema osteomuscular e no tecido conjuntivo, em bloco operatório, sem CC	C	0,8855	1,6838	1.930,82 €	0,5624	1,8956	1.414,10 €
471	Grandes procedimentos bilaterais ou múltiplos nas articulações dos membros inferiores	C	5,8302	0,611	4.872,74 €	4,2607	0,7003	3.957,64 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
491	Grandes procedimentos nas articulações e reimplantação do membro superior	C	2,9958	1,0771	4.200,64 €	2,1931	1,1728	3.411,76 €
558	Procedimentos maior no sistema osteomuscular, excepto procedimentos articulares bilaterais ou múltiplos maior, com CC maior	C	5,8782	1,0000	7.792,37 €	-	-	-
559	Procedimentos no sistema osteomuscular, não maior, com CC maior	C	2,0021	1,0000	2.652,77 €	-	-	-
755	Artrodese vertebral com CC	C	5,0256	1,0000	6.667,73 €	3,6797	1,1095	5.415,53 €
756	Artrodese vertebral sem CC	C	4,7237	1,0000	6.265,94 €	3,6580	1,1095	5.089,20 €
757	Procedimentos no dorso e pescoço, excepto artrodese vertebral com CC	C	2,1168	1,1108	3.148,40 €	1,5642	1,2324	2.557,13 €
758	Procedimentos no dorso e pescoço, excepto artrodese vertebral sem CC	C	1,7241	1,0000	2.287,00 €	1,2621	1,1095	1.857,50 €
789	Procedimentos articulares maiores e reimplantação de membro inferior, excepto substituição da anca, por diagnóstico principal de complicação	C	5,6589	0,7880	5.915,35 €	-	-	-
790	Desbridamento de ferida e enxerto de pele por ferida aberta, perturbações musculoesqueléticas, e do tecido conjuntivo, excepto málio	C	1,1783	1,7859	2.760,03 €	0,7483	1,6701	1.657,88 €
806	Fusão vertebral combinada anterior-posterior com CC	C	5,4917	0,9012	6.564,65 €	4,0202	0,9998	5.331,81 €
807	Fusão vertebral combinada anterior-posterior sem CC	C	4,6906	0,9047	6.188,95 €	3,4338	1,1036	5.026,67 €
817	Substituição da anca, por complicações	C	5,3885	1,0000	7.147,79 €	3,9447	1,1095	5.005,44 €
818	Substituição da anca, excepto por complicações	C	3,1712	1,4092	5.927,86 €	2,3215	1,5635	4.814,61 €
864	Artrodese vertebral, cervical, com CC	C	1,5408	1,7658	3.609,14 €	1,1279	1,9592	2.931,34 €
865	Artrodese vertebral, cervical, sem CC	C	1,0175	1,7658	2.383,37 €	0,7449	1,9592	1.935,77 €
866	Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna, excepto da anca e fémur, com CC	C	1,2209	0,8529	1.348,95 €	1,2209	0,6765	1.095,62 €
867	Excisão local e remoção de dispositivo de fixação interna, excepto da anca e fémur, sem CC	C	0,7639	1,3163	1.333,84 €	0,5497	1,6701	1.217,82 €
9009	Doenças e Perturbações da Pele, Tecido Celular Subcutâneo e Mama							
257	Mastectomia total por doença maligna, com CC	C	0,9906	1,7658	2.341,44 €	0,7318	1,9592	1.901,72 €
258	Mastectomia total por doença maligna, sem CC	C	0,9904	1,4648	1.950,70 €	0,7250	1,6474	1.584,36 €
259	Mastectomia subtotal por doença maligna, com CC	C	0,8702	1,9134	1.746,88 €	0,6370	1,6790	1.418,82 €
260	Mastectomia subtotal por doença maligna, sem CC	C	0,8459	1,6832	1.187,38 €	0,8459	0,8595	964,59 €
261	Procedimentos na mama por doença não maligna, excepto biópsia e excisão local	C	0,7024	1,3544	1.243,32 €	0,5980	1,5582	1.236,00 €
262	Biópsia e excisão local da mama por doença não maligna	C	0,5087	0,9060	672,10 €	0,2990	1,5741	624,34 €
263	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou fleimão, com CC	C	2,8423	1,1023	4.156,15 €	-	-	-
264	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento por úlcera da pele ou fleimão, sem CC	C	1,2134	1,4093	2.455,22 €	0,9615	1,5635	1.994,13 €
265	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento, excepto por úlcera da pele ou fleimão, com CC	C	1,6821	1,6602	3.704,41 €	1,2314	1,8420	3.008,72 €
266	Enxerto cutâneo e/ou desbridamento, excepto por úlcera da pele ou fleimão, sem CC	C	0,9339	1,0732	1.328,48 €	0,6001	1,4648	1.165,98 €
267	Procedimentos perianais e pilonidais	C	0,4644	1,8964	758,26 €	0,4324	1,5480	715,83 €
268	Procedimentos plásticos na pele, no tecido subcutâneo e na mama	C	1,0470	1,0603	1.444,79 €	0,8498	1,0959	1.235,37 €
269	Outras procedimentos na pele, no tecido subcutâneo e na mama, com CC	C	1,3881	1,2750	2.347,65 €	1,0162	1,6146	1.906,76 €
270	Outras intervenções na pele, no tecido subcutâneo e na mama, sem CC	C	0,6076	0,8645	496,80 €	0,4534	1,1628	699,34 €
564	Procedimentos na pele e na mama, com CC maior	C	2,2006	1,0000	2.919,07 €	1,6109	1,1095	2.370,87 €
9010	Doenças e Perturbações Endócrinas Nutricionais e Metabólicas							
285	Amputação de membro inferior por perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas	C	2,2620	1,3278	3.983,96 €	-	-	-

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
286	Procedimentos nas supra-renais e na hipófise	C	2,2884	1,4664	4.299,62 €	1,6752	1,5715	3.492,15 €
287	Exorcito de pele e desbridamento de feridas por perturbações endócrinas, nutricionais e metabólicas	C	1,9196	1,3680	3.432,39 €	1,4052	1,4956	2.787,79 €
288	Procedimentos para obesidade, em bloco operatório	C	2,0689	0,6890	1.890,77 €	1,6463	0,7032	1.535,68 €
289	Procedimentos nas paratireóides	C	1,4421	1,4890	2.867,57 €	1,0557	1,6632	2.329,04 €
290	Procedimentos na tireóide	C	1,0488	1,3906	1.795,46 €	0,8806	1,0795	1.260,98 €
291	Procedimentos no timo/linfonos	C	0,6023	1,3947	1.034,42 €	0,5873	1,3262	1.033,19 €
292	Outros procedimentos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em bloco operatório, com CC	C	2,3578	1,0227	3.198,50 €	1,7260	1,1346	2.597,82 €
293	Outros procedimentos, por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, em bloco operatório, sem CC	C	1,2221	1,8925	1.933,18 €	0,8726	1,6701	1.933,18 €
965	Procedimentos endócrinos, nutricionais e metabólicos, excepto amputação de membro inferior, com CC maior	C	4,6902	1,0000	6.221,50 €	3,4335	1,1095	5.053,10 €
GCD 11	Doenças e Perturbações do Rins e do Aparelho Urinário							
303	Procedimentos no rim, no ureter e grandes intervenções na bexiga, por neoplasia	C	1,8476	1,7658	4.327,78 €	1,3525	1,9992	3.515,02 €
304	Procedimentos no rim, no ureter e grandes procedimentos na bexiga, por doença não maligna, com CC	C	1,7748	1,7832	4.103,90 €	1,2992	1,9340	3.333,19 €
305	Procedimentos no rim, no ureter e grandes procedimentos na bexiga, por doença não maligna, sem CC	C	1,0131	1,7859	2.373,07 €	0,6343	1,6701	1.405,34 €
306	Prostatectomia, com CC	C	1,3754	1,2003	2.226,34 €	1,0009	1,3539	1.808,23 €
307	Prostatectomia, sem CC	C	0,7083	1,4642	1.366,32 €	0,5185	1,6134	1.109,73 €
308	Pequenos procedimentos na bexiga, com CC	C	1,3053	1,5762	2.728,12 €	0,9555	1,7488	2.216,59 €
309	Pequenos procedimentos na bexiga, sem CC	C	0,6227	1,7658	1.458,60 €	0,3954	1,6701	875,98 €
310	Procedimentos transuretrais, com CC	C	0,9508	1,5258	1.924,34 €	0,6960	1,6938	1.562,95 €
311	Procedimentos transuretrais, sem CC	C	0,5696	0,9671	715,57 €	0,3370	1,6007	715,57 €
312	Procedimentos uretrais, idade > 17 anos, com CC	C	0,9169	1,6803	1.958,55 €	0,6712	1,7866	1.590,73 €
313	Procedimentos uretrais, idade > 17 anos, sem CC	C	0,6368	1,2666	1.038,16 €	0,5088	1,3234	1.038,16 €
314	Procedimentos uretrais, idade < 18 anos	C	0,7030	1,7658	1.646,69 €	0,4583	1,6701	1.015,33 €
315	Outros procedimentos no rim e nas vias urinárias, em bloco operatório	C	1,3151	1,6856	2.940,45 €	0,5663	1,6701	1.254,59 €
967	Procedimentos nos rins e nas vias urinárias, excepto transplante renal, com CC maior	C	2,6410	1,0000	3.503,26 €	-	-	-
819	Colocação, revisão ou remoção de dispositivo de acesso renal	C	1,2016	1,7658	2.814,60 €	0,7029	1,6701	1.557,22 €
GCD 12	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Masculino							
324	Grandes procedimentos pilvicos masculinos, com CC	C	1,6103	1,4015	3.190,23 €	1,1788	1,6570	2.591,10 €
325	Grandes procedimentos pilvicos masculinos, sem CC	C	1,5308	1,4032	2.321,35 €	1,1206	1,2684	1.885,40 €
326	Prostatectomia transuretral, com CC	C	0,8390	1,3059	1.675,95 €	0,6142	1,6708	1.361,21 €
327	Prostatectomia transuretral, sem CC	C	0,5910	1,5848	1.187,51 €	0,4326	1,6806	964,50 €
328	Procedimentos nos testículos, por doença maligna	C	0,9835	1,3546	1.767,26 €	0,6501	1,6701	1.440,25 €
329	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade > 17 anos	C	0,6949	1,1152	1.027,93 €	0,5427	1,1815	850,56 €
340	Procedimentos nos testículos, por doença não maligna, idade < 18 anos	C	0,4965	1,0656	701,82 €	0,4741	1,1160	701,82 €
341	Procedimentos no pénis	C	0,7014	1,3231	1.603,20 €	0,5748	1,6701	1.273,43 €
342	Circuncisão, idade > 17 anos	C	0,3272	1,0007	404,31 €	0,3272	1,0007	404,31 €
343	Circuncisão, idade < 18 anos	C	0,1759	1,1057	258,00 €	0,1759	1,1057	258,00 €
344	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho reprodutor masculino, por doença maligna	C	0,9538	1,7658	2.231,82 €	0,6975	1,9992	1.812,68 €
345	Outros procedimentos, em bloco operatório, no aparelho reprodutor masculino, excepto por doença maligna	C	0,8695	1,4899	1.672,26 €	0,5522	1,6701	1.223,39 €
351	Esterilização masculina	H	0,2650	1,0000	351,52 €	0,1331	1,6701	294,87 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Fator de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Fator de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
571	Procedimentos no aparelho reprodutor masculino com CC maior	IC	2,5027	1,0000	3.319,81 €	1,0321	1,1095	2.696,35 €
GC-D 13	Doenças e Perturbações do Aparelho Genital Feminino							
353	Evisceração pélvica/histerectomia e vulvotomia radicalis	IC	2,5435	1,0558	3.562,14 €	1,0620	1,1714	2.893,17 €
354	Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna, exceto do ovário e seus anexos, com CC	IC	1,2879	1,0516	2.893,34 €	0,9428	1,0700	2.349,97 €
355	Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna, exceto do ovário e seus anexos, sem CC	IC	0,8867	1,4275	1.679,08 €	0,6491	1,5838	1.363,75 €
356	Procedimentos reconstrutivos do aparelho reprodutor feminino	IC	1,1657	1,3651	1.924,39 €	0,4558	2,5862	1.563,72 €
357	Procedimentos no útero e seus anexos, por doença maligna dos ovários ou dos seus anexos	IC	1,7380	1,0558	2.434,13 €	1,2723	1,1714	1.977,00 €
358	Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna, com CC	IC	0,9187	1,5868	1.832,90 €	0,6723	1,6687	1.488,48 €
359	Procedimentos no útero e seus anexos, por carcinoma in situ e doença não maligna, sem CC	IC	0,7115	1,3552	1.269,19 €	0,5402	1,2333	883,76 €
360	Procedimentos na vagina, colo do útero e vulva	IC	0,5532	1,5387	1.119,73 €	0,5090	1,6587	1.119,91 €
361	Laqueação de trompas, laparoscópica e incisional	IC	0,6038	1,4007	1.145,93 €	0,4865	1,1323	730,70 €
362	Laqueação de trompas, endoscópica	IC	0,4594	1,4115	863,50 €	0,4050	1,6073	863,50 €
363	Dilatação e curetagem, contração e implantação de rádio, por doença maligna	IC	0,6358	0,9661	880,13 €	0,5559	1,0522	496,74 €
364	Dilatação e curetagem e contração, exceto por doença maligna	IC	0,4033	0,9558	502,70 €	0,1355	1,6701	300,19 €
365	Outros procedimentos no aparelho reprodutor feminino, em bloco operatório	IC	1,0492	1,6743	2.330,21 €	0,7681	1,8576	1.892,60 €
573	Procedimentos não radicalis, no aparelho reprodutor feminino com CC maior	IC	2,1289	1,0000	2.823,96 €	1,5585	1,1095	2.293,62 €
GC-D 14	Gravidez, Parto e Puerpério							
370	Cesariana, com CC	IC	0,7716	1,4551	1.468,87 €	0,7716	1,1656	1.193,02 €
371	Cesariana, sem CC	IC	0,5825	1,3178	980,94 €	0,5825	0,9891	764,23 €
374	Parto vaginal, com esterilização e/ou dilatação e curetagem	IC	0,6292	0,9595	764,12 €	0,6292	0,7630	636,86 €
375	Parto vaginal, com procedimento em bloco operatório, exceto esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	IC	0,4499	2,1116	1.269,19 €	0,1507	2,2195	443,69 €
377	Diagnósticos pós-parto e pós-aborto, com procedimento em bloco operatório	IC	0,5723	0,9660	764,12 €	0,2563	1,4905	506,73 €
650	Cesariana de alto risco, com CC	IC	1,3134	0,8865	1.471,34 €	0,9615	0,9770	1.193,02 €
651	Cesariana de alto risco, sem CC	IC	0,8245	0,8620	982,71 €	0,8245	0,7001	765,67 €
652	Parto vaginal de alto risco, com esterilização e/ou dilatação e curetagem uterina	IC	0,7476	0,7007	764,12 €	0,7476	0,6422	636,86 €
GC-D 15	Recém-nascidos e Lactentes com Afecções do Período Perinatal							
606	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1000 e 1499g, com procedimentos significativos em bloco operatório, alta vivo	IC	25,1247	1,0000	33.327,66 €	-	-	-
609	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, com procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos	IC	13,3995	1,0000	17.774,30 €	-	-	-
610	Recém-nascido, peso ao nascer entre 1500 e 1999g, com procedimento significativo em bloco operatório, sem múltiplos	IC	3,0965	1,0000	4.107,48 €	-	-	-
615	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos	IC	13,0614	1,0000	17.325,81 €	-	-	-
616	Recém-nascido, peso ao nascer entre 2000 e 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, sem múltiplos	IC	2,8248	0,4505	1.688,00 €	2,0679	0,4998	1.370,99 €
622	Recém-nascido, peso ao nascer > 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, com múltiplos problemas maior	IC	8,1915	1,0000	10.865,94 €	-	-	-

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
623	Reolm-nasido, peso ao nascer > 2499g, com procedimento significativo em bloco operatório, sem múltiplos problemas maior	C	1,4048	0,9812	1.828,49 €	1,0284	1,0087	1.485,10 €
624	Reolm-nasido, peso ao nascer > 2499g, com procedimento abdominal menor	C	0,9895	1,9123	1.984,96 €	0,7244	1,6779	1.612,18 €
641	Reolm-nasido, peso ao nascer > 2499 g, com oxigenação por membrana extracorpórea	C	15,4058	0,4232	8.647,39 €	-	-	-
GCD 16	Doenças e Perturbações do Sangue Órgãos Hematopoiéticos e Doenças Imunológicas							
392	Esplenectomia, idade > 17 anos	C	1,7807	1,2388	2.902,61 €	1,2056	1,2634	2.357,50 €
393	Esplenectomia, idade < 18 anos	C	1,2305	1,4026	2.289,41 €	0,9008	1,5562	1.859,46 €
394	Outros procedimentos em bloco operatório, nos órgãos do sangue e hematopoiéticos	C	0,9674	1,5266	1.959,06 €	0,5479	1,5967	1.160,48 €
575	Procedimentos no sangue, órgãos hematopoiéticos e imunológicos com CC maior	C	2,2223	1,0000	2.947,86 €	-	-	-
GCD 17	Doenças e Perturbações Mieloproliferativas e Mal-diferenciadas							
401	Linfoma e leucemia não aguda, com outros procedimentos em bloco operatório, com CC	C	3,1679	1,1073	4.653,14 €	2,3191	1,2286	3.779,28 €
402	Linfoma e leucemia não aguda, com outros procedimentos em bloco operatório, sem CC	C	0,8811	1,3658	2.063,87 €	0,6450	1,9592	1.676,28 €
406	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com grandes procedimentos em bloco operatório, com CC	C	2,9330	1,3521	5.260,34 €	2,1471	1,5001	4.272,45 €
407	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com grandes procedimentos em bloco operatório, sem CC	C	1,6886	1,4592	3.229,86 €	1,2215	1,6190	2.623,29 €
408	Perturbações mieloproliferativas ou doenças malignas mal diferenciadas, com outros procedimentos em bloco operatório	C	1,5635	1,1795	2.446,19 €	0,8042	1,2317	1.313,95 €
579	Procedimentos por linfoma, leucemia ou transtornos mieloproliferativos, com CC maior	C	7,7757	1,0000	10.314,39 €	-	-	-
874	Linfoma e leucemia, com procedimento maior em bloco operatório, com CC	C	2,3216	1,6544	5.002,37 €	1,6995	1,8022	4.062,92 €
875	Linfoma e leucemia, com procedimento maior em bloco operatório, sem CC	C	0,7678	1,3658	1.798,48 €	0,5621	1,9592	1.460,73 €
GCD 18	Doenças Infecciosas e Parasitárias (Sistémicas ou de Localização Não Específica)							
415	Procedimentos, em bloco operatório, por doenças infecciosas e parasitárias	C	1,8842	1,3658	4.413,51 €	1,3793	1,9592	3.584,65 €
581	Procedimentos por infeções sistémicas e perturbações parasitárias, com CC maior	C	3,4350	0,9834	4.526,55 €	-	-	-
GCD 19	Doenças e Perturbações Mentais							
424	Procedimentos em bloco operatório, com o diagnóstico principal de doença mental	C	2,2611	1,1087	3.325,35 €	1,6552	1,2301	2.700,85 €
GCD 21	Traumatismos, Intoxicações e Efeitos Tóxicos de Drogas							
439	Enxertos cutâneos por lesão traumática	C	1,9199	1,3383	3.406,17 €	1,2193	1,6701	2.701,33 €
440	Desbridamento de ferida por lesão traumática, excepto feridas abertas	C	1,8107	1,1025	2.864,33 €	1,3255	1,2231	2.326,41 €
441	Procedimentos na mão por lesões traumáticas	C	1,0043	1,0002	1.383,73 €	0,8740	1,0866	1.259,77 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
GDH	Designação	Tipo GDH	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
442	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, com CC	C	1,6991	1,6034	3.593,11 €	1,1779	1,6677	2.918,32 €
443	Outros procedimentos no bloco operatório, por lesão traumática, sem CC	C	0,8354	1,3152	1.457,39 €	0,4977	1,3752	907,92 €
583	Procedimentos por lesões traumáticas, excepto traumatismos múltiplos, com CC major	C	3,0164	1,0000	4.001,22 €	-	-	-
791	Desbridamento de feridas por lesão traumática, com ferida aberta	C	1,5164	1,4040	2.064,33 €	1,1101	1,5799	2.326,41 €
QCD 22	Queimaduras							
821	Queimaduras extensas, de 3.º grau, com enxerto de pele	C	26,3458	0,9055	31.644,81 €	-	-	-
823	Queimadura da espessura total da pele, com enxerto de pele ou lesão de inalação, com CC major ou traumatismos significativos	C	9,3260	0,8000	10.886,16 €	-	-	-
824	Queimadura da espessura total da pele, com enxerto de pele ou lesão de inalação, sem CC major ou traumatismos significativos	C	4,6028	0,8223	5.766,65 €	-	-	-
QCD 23	Factores com influência no Estado de Saúde e Outros Contactos com os Serviços de Saúde							
451	Procedimentos em bloco operatório, com diagnóstico de outros contactos com os serviços de saúde	C	1,4754	0,5724	1.120,17 €	0,9055	0,6001	720,82 €
QCD 24	Infeções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana							
700	Tranqueostomia por infeção do vírus da imunodeficiência humana	C	16,7190	0,3677	17.026,59 €	-	-	-
701	Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e ventilação ou suporte nutricional	C	6,1764	0,3039	6.504,08 €	-	-	-
702	Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e múltiplas infeções relacionadas maior	C	5,0253	0,9055	6.035,88 €	-	-	-
703	Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório e diagnóstico relacionado maior	C	4,6544	0,9082	5.766,37 €	-	-	-
704	Infeção pelo vírus da imunodeficiência humana, com procedimento em bloco operatório, sem diagnóstico relacionado maior	C	2,6619	1,4999	5.013,50 €	-	-	-
QCD 25	Traumatismos Múltiplos Significativos							
730	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos	C	4,9011	1,4238	9.704,78 €	3,5879	1,6562	7.882,22 €
731	Procedimentos na coluna, anca, fêmur ou membro, por traumatismos múltiplos significativos	C	3,7216	1,8030	5.840,14 €	-	-	-
732	Outros procedimentos em bloco operatório, por traumatismos múltiplos significativos	C	3,2707	1,6877	7.326,48 €	2,3943	1,8736	5.950,57 €
792	Craniotomia por traumatismos múltiplos significativos, com CC major não traumáticos	C	7,9220	0,8235	9.704,78 €	-	-	-
793	Procedimentos por traumatismos múltiplos significativos, excepto craniotomia, com CC major não traumáticos	C	7,2100	0,7172	6.859,10 €	-	-	-
	Grupos com Procedimentos no Bloco Operatório Não Relacionados com o Diagnóstico Principal							
46	Procedimentos extensos, em bloco operatório, não relacionados com o diagnóstico principal	C	3,0314	1,0332	4.154,69 €	2,2191	1,1463	3.374,44 €

A	B	C	D	E	F	G	H	I
QD4	Designação	Tipo QD4	Peso Relativo	Factor de Equilíbrio	Preço	Peso Relativo em Ambulatório	Factor de Equilíbrio	Preço em Ambulatório
48	Procedimento prostático, em bloco operatório, não relacionado com o diagnóstico principal	C	1,694	0,960	1.981,04 €	-	-	-
49	Procedimentos não extensos, em bloco operatório, não relacionados com o diagnóstico principal	C	1,14	0,800	1494,20 €	0,004	1,1051	1.216,86 €

ANEXO III

Procedimentos que permitem o acréscimo relativamente aos preços previstos no anexo II

Procedimento CIE 9 MC	Designação
2757	Adaptação de pedículo ou retalho de inserto ao lábio e boca.
073	Adrenalectomia bilateral.
0729	Adrenalectomia parcial NCOP.
0722	Adrenalectomia unilateral.
5285	Autotransplante de células de ilhéus de Langerhans.
8419	Amputação abdominopelvica.
8409	Amputação inter-toraco-escapular.
3921	Anastomose arterial cavo-pulmonar.
5131	Anastomose da vesícula biliar a canais hepáticos.
5134	Anastomose da vesícula biliar ao estômago.
5133	Anastomose da vesícula biliar ao pâncreas.
5135	Anastomose da vesícula biliar, NCOP.
5139	Anastomose de canal biliar NCOP.
5137	Anastomose de canal hepático ao tracto gastrointestinal.
0474	Anastomose de nervo craniano ou periférico NCOP.
4253	Anastomose do esóf. intratorácica com interposição intestino delgado.
4255	Anastomose do esófago intratorácica com interposição de cólon.
4258	Anastomose do esófago intratorácica com interposição NCOP.
4263	Anastomose do esófago pre-esternal com interposição intestino delgado.
4268	Anastomose do esófago pre-esternal com interposição.
0472	Anastomose do nervo acessório ao facial.
0473	Anastomose do nervo acessório ao hipoglosso.
0471	Anastomose do nervo hipoglosso ao facial.
5296	Anastomose do pâncreas.
5586	Anastomose do rim.
4265	Anastomose esofágica pre-esternal com interposição de cólon.
4595	Anastomose intestinal ao ânus.
5679	Anastomose ou bypass de uréter NCOP.
4269	Anastomose pre-esternal do esófago, NCOP.
5788	Anastomoses da bexiga NCOP.
3950	Angioplastia ou aterectomia de vaso não coronário.
8174	Artroplastia de artic. carpo-carpica ou carpo-metacarp. com implante.
8186	Artroplastia de carpo com prótese sintética.
8175	Artroplastia de artic. carpo-carpica ou carpo-metacarp. sem implante.
5284	Autotransplante de células de ilhéus de Langerhans.
5561	Autotransplante renal.
1512	Avanço de um músculo extraocular.
3925	Bypass aorto-ilíaco-femural.
3924	Bypass aorto-renal.
3922	Bypass aorto-subclávia-carotida.
4431	Bypass gástrico alto.
3928	Bypass vascular extracraniano-intracraniano (ec-ic).
5771	Cistectomia radical.
5785	Cistoureteroplastia e reparação plástica do colo vesical.
458	Colecotomia total intra-abdominal.
5136	Colelitoenterostomia.
0982	Conjuntivocistostomia.
7061	Construção da vagina.
0981	Dacriocistostomia.
1441	Depressão escleral com implante.
1449	Depressões esclerais NCOP.
5671	Derivação urinária para o intestino.
8418	Desarticulação do coxo-femoral.
8408	Desarticulação do ombro.
5591	Descapsulação do rim.
0441	Descompressão de raiz de nervo trigémeo.

Procedimento CID 9 MC	Designação
0442	Descompressões de nervo craniano NCOP.
3451	Descorticação do pulmão.
8059	Destruição de disco intervertebral, NCOP.
1422	Destruição de lesão coriorretiniana por crioterapia.
1421	Destruição de lesão coriorretiniana por diatermia.
1424	Destruição de lesão coriorretiniana por fotocoagulação por laser.
1423	Destruição de lesão coriorretiniana por fotocoagulação por neón.
1425	Destruição de lesão coriorretiniana por fotocoagulação tipo não especificado.
1427	Destruição de lesão coriorretiniana por implante de fonte de radiação.
1426	Destruição de lesão coriorretiniana por radioterapia.
1429	Destruições de lesão coriorretiniana NCOP.
4042	Dissecção radical do pescoço, bilateral.
4040	Dissecção radical do pescoço, SOE.
4041	Dissecção radical do pescoço, unilateral.
5900	Dissecção retroperitoneal SOE.
2932	Diverticulectomia faríngea.
3162	Encerramento de fístula da laringe.
3172	Encerramento de fístula externa da traqueia.
3173	Encerramento de fístulas da traqueia, NCOP.
3814	Endarterectomia da aorta.
3816	Endarterectomia de artérias abdominais.
3812	Endarterectomia de vasos da cabeça e do pescoço NCOP.
3811	Endarterectomia de vasos intracranianos.
1642	Enucleação do globo ocular com outro implante simultâneo.
1649	Enucleação do globo ocular NCOP.
1641	Enucleação globo com implante simultâneo de prótese na cápsula tenon com fixação aos músculos.
8585	Emerto em retalho de músculo, na mama.
8584	Emerto pediculado da mama.
1665	Emerto secundário para cavidade de eventração.
4287	Emertos de esófago NCOP.
4241	Esofagectomia parcial.
4242	Esofagectomia total.
4240	Esofagectomia, SOE.
4256	Esófago-colostomia intratorácica NCOP.
4266	Esófago-colostomia pré-esternal.
4264	Esófago-enterostomia pré-esternal, NCOP.
4251	Esófago-esofagostomia intratorácica.
4261	Esófago-esofagostomia pré-esternal.
4465	Esofagogastroplastia.
4252	Esófago-gastrostomia intratorácica.
4262	Esófago-gastrostomia pré-esternal.
1639	Evisceração de globo ocular NCOP.
5162	Excisão de ampola de vater (com reimplantação do canal biliar principal).
403	Excisão de gânglios linfáticos regionais.
0824	Excisão de lesão maior da pálpebra espessamento total.
2732	Excisão extensa ou destruição de lesão ou tecido de palato ósseo.
0761	Excisão parcial da glândula hipofisária por via transfrontal.
0753	Excisão parcial da glândula pineal.
0763	Excisão parcial da hipófise por via não especificada.
0762	Excisão parcial da hipófise por via transesfenoidal.
4051	Excisão radical de gânglios linfáticos axilares.
4053	Excisão radical de gânglios linfáticos ilíacos.
4059	Excisão radical de gânglios linfáticos NCOP.
4050	Excisão radical de gânglios linfáticos, SOE.
4054	Excisão radical dos gânglios linfáticos da região inguinal.
0754	Excisão total da glândula pineal.
0768	Excisão total da hipófise por outra via especificada.
0769	Excisão total da hipófise por via não especificada.
0765	Excisão total da hipófise por via transesfenoidal.
0764	Excisão total da hipófise por via transfrontal.
1651	Exenteração da órbita com remoção de estruturas adjacentes.
1652	Exenteração da órbita com remoção terapêutica de osso orbital.
1659	Exenteração da órbita NCOP.
165	Exenteração de conteúdo orbitário.
0771	Exploração da fossa pituitária.
2933	Faringectomia (parcial).
8101	Fixação da articulação vertebral atlas-axisana.
8102	Fixação da coluna cervical NCOP, técnica anterior.
8103	Fixação da coluna cervical NCOP, técnica posterior.
8104	Fixação da coluna dorsal e dorsolombar, técnica anterior.
8105	Fixação da coluna dorsal e dorsolombar, técnica posterior.
8106	Fixação da coluna lombar e lombo-sagrada, técnica anterior.
8107	Fixação da coluna lombar e lombo-sagrada, técnica lateral/transversa.
8108	Fixação da coluna lombar e lombo-sagrada, técnica posterior.
8100	Fixação da coluna vertebral NCOP.
8109	Fixação da coluna vertebral, qualquer nível, qualquer técnica.

Procedimento CID 9 MC	Designação
5651	Formação de uretero-ileostomia cutânea.
5661	Formação de ureterostomias cutâneas NCOP.
8162	Fusão ou refusão de 2-3 vértebras.
0521	Gangliectomia esfenopalatina.
0405	Gangliectomia gasseriana.
0406	Gangliectomias cranianas ou periféricas NCOP.
436	Gastrectomia parcial com anastomose ao duodeno (BILROTH I).
435	Gastrectomia parcial com anastomose ao esófago.
437	Gastrectomia parcial com anastomose ao jejuno (BILROTH II).
4391	Gastrectomia total com interposição intestinal.
4399	Gastrectomia total, NCOP.
253	Glossectomia completa.
254	Glossectomia radical.
301	Hemilaringectomia.
0152	Hemisferectomia.
504	Hepatectomia total.
0295	Implantação de neuroestimulador intracraniano.
5893	Implante de esfíncter urinário artificial (aus).
5796	Implante de estimulador electrónico da bexiga.
5692	Implante de estimulador electrónico ureteral.
3971	Implante endovascular de enxerto na aorta abdominal.
2097	Implante ou subst. dispositivo coclear protésico, canal único.
2098	Implante ou subst. dispositivo coclear protésico, canais MULTIE.
2096	Implante ou substituição de dispositivo coclear protésico, SOE.
5597	Implante ou substituição de rim artificial.
303	Laringectomia completa.
304	Laringectomia radical.
0153	Lobectomia do cérebro.
503	Lobectomia do fígado.
324	Lobectomia do pulmão.
0132	Lobotomia e padunculectomia.
7641	Mandibulectomia total com reconstrução simultânea.
7642	Mandibulectomia total, NCOP.
2042	Mastoidectomia radical.
5554	Nefrectomia bilateral.
5552	Nefrectomia de rim restante.
5673	Nefrocistostomia SOE.
5551	Nefro-ureterectomia.
153	Op. 2 / mais musc. extraoculares envolv. desinserção tempor. globo num ou em ambos os olhos.
8261	Operação de policização envolvendo nervos e vasos sanguíneos.
134	Operações em dois ou mais músculos extraoculares num ou em ambos os olhos.
1519	Operações em músculo extraocular envolvendo desinserção temporária do globo.
398	Operações no corpo carotídeo e corpos vasculares, NCOP.
159	Operações nos tendões e músculos extraoculares NCOP.
1529	Operações num músculo extraocular NCOP.
1602	Oftotomia com inserção de implante orbital.
1601	Orbitotomia com retalho ósseo.
5251	Pancreatocistostomia proximal.
5253	Pancreatocistostomia subtotal radical.
5261	Pancreatocistostomia total com duodenectomia simultânea (op. Whipple).
527	Pancreatico-duodenectomia radical.
0681	Paratiroidectomia total.
325	Pneumectomia completa.
1521	Procedimentos de alongamento de um músculo extraocular.
1522	Procedimentos de encurtamento de um músculo extraocular.
605	Prostatectomia radical.
5787	Reconstrução da bexiga.
7643	Reconstrução da mandíbula, NCOP.
0869	Reconstrução da pálpebra com enxertos ou retalhos NCOP.
7062	Reconstrução da vagina.
1042	Reconstrução de fundo de saco conjuntival com enxerto livre.
0744	Reconstrução de glândula supra-renal.
0863	Reconstrução de pálpebra com enxerto folicular.
0862	Reconstrução de pálpebra com enxerto ou retalho de membrana mucosa.
0861	Reconstrução de pálpebra com enxerto ou retalho de pele.
0864	Reconstrução de pálpebra com retalho tarsoconjuntival.
0873	Reconstrução de pálpebra envolvendo o bordo, espessura total.
6444	Reconstrução do pénis.
8269	Reconstrução do polegar, NCOP.
7646	Reconstrução NCOP de ossos da face NCOP.
2183	Reconstrução total do nariz.
5846	Reconstruções da uretra NCOP.
0212	Reconstruções das meninges NCOP.
1043	Reconstruções de fundo de saco conjuntival NCOP.
4861	Rectosigmoidectomia trans-sagrada.
1511	Recuo de um músculo extraocular.

Procedimento CID 9 MC	Designação
8131	Refusão vertebral atlas-axis.
8254	Reinserção de músculo da mão.
8253	Reinserção de tendão da mão.
146	Remoção de material cirúrgico implantado no segmento posterior do olho.
5553	Remoção de rim transplantado ou rejeitado.
1631	Remoção do conteúdo ocular com implante simultâneo de prótese.
4563	Remoção total do intestino delgado.
5789	Reparação da bexiga, NCOP.
0833	Reparação de blefaroptose por ressecção ou avanço de músculo ou aponevrose.
0832	Reparação de blefaroptose por técnica de músculo frontal com deslizamento defascia.
0831	Reparação de blefaroptose por técnica do músculo frontal com sutura.
6170	Reparação de canais filiares NCOP.
0973	Reparação de canalículo lacrimal.
1452	Reparação de descolamento da retina com crioterapia.
1451	Reparação de descolamento da retina com diatermia.
1455	Reparação de descolamento da retina por fotocoagulação de tipo não especificado.
1454	Reparação de descolamento da retina por fotocoagulação por laser.
1453	Reparação de descolamento da retina por fotocoagulação por xenon.
3953	Reparação de fistula arteriovenosa.
157	Reparação de lesão de músculo extraocular.
0476	Reparação de lesões traumáticas antigas de nerv. crâneos ou perif.
1435	Reparação de rasgadura da retina por fotocoagulação laser, tipo não especificado.
1432	Reparação de rasgadura da retina por crioterapia.
1431	Reparação de rasgadura da retina por diatermia.
1433	Reparação de rasgadura da retina por fotocoagulação. Arco de xenon.
1434	Reparação de rasgadura da retina por fotocoagulação laser.
1439	Reparação de rasgadura da retina, NCOP.
3956	Reparação de vaso sanguíneo com envoltório de retalho de tecido.
3957	Reparação de vaso sanguíneo com envoltório de retalho sintético.
3958	Reparação de vaso sanguíneo com envoltório de retalho tipo não especificado.
4879	Reparação do recto, NCOP.
3979	Reparação endovascular (de aneurisma) de outros vasos, NCOP.
1459	Reparações de descolamento da retina NCOP.
485	Ressecção abdomino-perineal do recto.
4863	Ressecção anterior do recto, NCOP.
4862	Ressecção anterior do recto com colostomia simultânea.
1513	Ressecção de um músculo extraocular.
3842	Ressecção de vaso com substituição, vasos da cabeça e pescoço NCOP.
3834	Ressecção de vaso com anastomose-norta.
3836	Ressecção de vaso com anastomose-artérias abdominais.
3832	Ressecção de vaso com anastomose-outros vasos da cabeça e pescoço.
3831	Ressecção de vaso com anastomose-vasos intracranianos.
3844	Ressecção de vaso com substituição, aorta.
3846	Ressecção de vaso com substituição, artérias abdominais.
3848	Ressecção de vaso com substituição, artérias dos membros inferiores.
3843	Ressecção de vaso com substituição, vasos dos membros superiores.
3841	Ressecção de vaso com substituição, vasos intracranianos.
3847	Ressecção de vaso com substituição, veias abdominais.
4864	Ressecção posterior do recto.
4849	Ressecção pull-through do recto NCOP.
8135	Revisão de vértebras dorsais e dorso-lombares, NCOP, técnica posterior.
5194	Revisão de anastomose das vias biliares.
8197	Revisão de articulação substituída do membro superior.
156	Revisão de cirurgia de músculo extraocular.
1921	Revisão de estapedectomia com substituição de bigorna.
0475	Revisão de reparação prévia de nervos crâneos ou periféricos.
5652	Revisão de uretero-ileostomia cutânea.
8492	Separação de gêmeos siameses iguais.
8493	Separação de gêmeos siameses não iguais.
3926	Shunt ou bypass vascular intra-abdominal NCOP.
3923	Shunt ou bypass vascular intratorácico NCOP.
390	Shunt sistémico para artéria pulmonar.
391	Shunt venoso intra-abdominal.
0522	Sympaticectomy cervical.
0529	Sympaticectomy e gangliectomia, NCOP.
0523	Sympaticectomy lombar.
0525	Sympaticectomy periarterial.
0524	Sympaticectomy pré-sagrada.
8181	Substituição parcial do ombro.
8184	Substituição total de cotovelo.
8173	Substituição total de punho.
8180	Substituição total do ombro.
0650	Tiroidectomia subesternal NCOP.
0652	Tiroidectomia subesternal total.
8281	Transferência de dedo excepto polegar.
8256	Transferência ou transplantação, da mão, NCOP.
4194	Transplante de bacia.

Procedimento CID 9/MC	Designação
5286	Transplante de células de ilhéus de Langerhans, SOE.
1160	Transplante de córnea SOE.
1169	Transplante de córnea, NCOP.
4974	Transplante do músculo gracilis para trat. de incontinência anal.
8258	Transplante ou transferência de músculos da mão, NCOP.
8259	Transposição de músculos da mão, NCOP.
155	Transposição de músculos extraoculares.
8257	Transposição de tendões da mão, NCOP.
5675	Transcurreterotomistomia
5674	Ureteroneocistostomia.
022	Ventriculostomia.
715	Vulvectomia radical.

Declaração de Rectificação n.º 72/2009

Ao abrigo da alínea h) do n.º 1 do artigo 4.º do [Decreto-Lei n.º 162/2007](#), de 3 de Maio, declara-se que a [Portaria n.º 852/2009](#), de 7 de Agosto, publicada no Diário da República, 1.ª série, n.º 152, de 7 de Agosto de 2009, saiu com as seguintes inexactidões, que, mediante declaração da entidade emitente, assim se rectificam:

1 - No **anexo I**, no n.º 2 do artigo 5.º, onde se lê:

«2 - O **valor** da produção cirúrgica prevista no n.º 1 do artigo 1.º inclui, em caso de **cirurgia** de ambulatorio, a terapêutica dispensada e requerida por um **período** mínimo de 8 dias, a cirurgia, cuidados pós-cirúrgicos durante um período máximo de dois meses, cedência, quando necessário, de ajudas técnicas por um período até 15 dias após alta hospitalar, dos transportes do utente quando necessário após a cirurgia, tratamento das complicações detectadas durante um período de dois meses após a cirurgia.»

deve ler-se:

«2 - O valor da produção cirúrgica prevista no n.º 1 do artigo 1.º inclui, em caso de cirurgia de ambulatorio, a terapêutica dispensada e requerida por um período de 5 dias, a cirurgia, cuidados pós-cirúrgicos durante um período máximo de dois meses, cedência, quando necessário, de ajudas técnicas por um período até 15 dias após alta hospitalar, dos transportes do utente quando necessário após a **cirurgia**, tratamento das complicações detectadas durante um **período** de dois meses após a cirurgia.»

2 - No **anexo I**, na alínea a) do n.º 8 do artigo 7.º, onde se lê:

«a) As situações em que o GDH gerado seja o 115, 116, 118, 548, 755, 756, 758, 806, 807, 817, 818, 849, 850, 851, 852, 853 ou o 854, vigorando o **valor** previsto no n.º 3 do artigo 4.º e no n.º 2 do presente artigo;»

deve ler-se:

«a) As situações em que o GDH gerado seja o 115, 116, 118, 209, 210, 211, 212, 548, 755, 756, 758, 806, 807, 817, 818, 849, 850, 851, 852, 853 ou o 854, vigorando o valor previsto no n.º 3 do artigo 4.º e no n.º 2 do presente artigo;»

3 - No anexo I, no n.º 14 do artigo 7.º, onde se lê:

«14 - Relativamente ao número anterior, não há lugar à cumulação de acréscimos, prevalecendo o valor referido no n.º 11 quando se verifique que o procedimento realizado está previsto no anexo III e que há patologia neoplásica maligna.»

deve ler-se:

«14 - Relativamente ao número anterior, não há lugar à cumulação de acréscimos, prevalecendo o valor referido no n.º 12 quando se verifique que o procedimento realizado está previsto no anexo III e que há patologia neoplásica maligna.»

Centro Jurídico, 2 de Outubro de 2009. - A Directora, Susana de Meneses Brasil de Brito